RK
1
C3932
1983
fall
Dentistry

tional Défense
fence nationale

The Canadian Forces Dental Services Bulletin

Bulletin du Service Dentaire des Forces Canadiennes

3 1761 08638356 9

DENTAL LIBRARY
UNIVERSITY OF TORONTO
124 EDWARD ST.
TORONTO 2
ONTARIO, CANADA

NOV 24 19

Colonel (Ret'd)
G.R. Covey,
MBE, CD,
Colonel
Commandant

Colonel (retraité)
G.R. Covey,
MBE, CD,
colonel
commandant

RK
1
.C3932
DENT

RETURN TO BASEMENT

Fall, 1983 Automne, 1983

Canada

The CFDS Bulletin

Bulletin du SDFC

Published by authority of Brigadier - General James N. Wright, CD, DDS, MScD, FICD, QHDS, MRCD(C). The Quarterly serves as a means for the exchange of ideas, experiences and information within the Canadian Forces Dental Services. Views and opinions expressed are those of the authors and not necessarily those of the Director General of Dental Services or the Department of National Defence.

Publié avec l'autorisation du Brigadier - général James N. Wright, CD, DDS, MScD, FICD, QHDS, MRCD(C). Le Bulletin sert à l'échange d'idées, d'expériences et d'information au sein du Service dentaire des Forces canadiennes. Les opinions exprimées dans le Bulletin sont celles des auteurs. Elles ne sont pas nécessairement partagées par le Directeur général du Service dentaire ou le ministère de la Défense nationale.

Editorial Board
Comité de rédaction

Colonel J.F. Begin, CD,BA,DDS,DDPH

Lieutenant-Colonel J.C.A.Y. Ayotte, CD,BA, DDS

Major J.W. Shore, CD

Associate Editors
Rédacteurs adjoints

Lieutenant T.W. Mountain,
Canadian Forces Dental Services School
École dentaire des Forces canadiennes

Sergeant, Sergent G.P. Millaire,
1 Dental Unit
1ère Unité dentaire

Captain, Capitaine C.G. Sproule, CD1
11 Dental Unit
11e Unité dentaire

Captain, Capitaine R.D. Adair, CD1
12 Dental Unit
12e Unité dentaire

Sergeant, Sergent R.K. Robson, CD
13 Dental Unit
13e Unité dentaire

Sergeant, Sergent I.V. Paul, CD
13 Dental Unit
13e Unité dentaire

Captain, Capitaine J.L. Pouliot, CD
15 Dental Unit
15e Unité dentaire

Warrant Officer, Adj B.C. Rector, CD
35 Field Dental Unit
35e Unité dentaire de campagne

Warrant Officer, Adj J.R. Cornett, CD
DEW Downsview

Captain, Capitaine J.E. Pelletier, DDS
Cyprus, Chypre

I. Pontiroli, DDDS 5 - 5 - 2
Design & Layout
Conception graphique et maquette

Fall, 1983 Automne, 1983

IN THIS ISSUE
DANS LE PRÉSENT NUMÉRO

1. **A few words from the Director General**
Un mot de notre directeur - général
2. **News release**
Communiqué
4. **Letter from our Colonel Commandant**
Lettre de notre colonel - commandant
5. **The laboratory - A technician's perspective**
Le laboratoire - Point de vue d'un technicien
9. **Adventure training**
En avant l'aventure
13. **CFDSS trains future Base Dental Officers**
Les futurs dentistes - chef à l'entraînement à l'ESDFC
14. **Hints from the field**
Trucs cliniques
17. **Occupational health hazard for dental personnel**
Les risques professionnels du personnel dentaire
23. **General news**
Nouvelles générales
34. **Dental Corps reunion**
Compte rendu de la réunion du service dentaire militaire
36. **Operation Under - Thought**
Opération broche à foin
39. **Study of the Ardennes battlefield**
Étude du champ de bataille des Ardennes
42 **The Nuts story**
43. **The importance of statistics and studies in the CFDS**
L'importance des statistiques et des études compilées au SDFC
47. **Local anesthetic complications**
Les complications de l'anesthesie locale
52. **Dental assisting in a two chair clinic**
Auxiliaire dans une clinique dentaire à deux postes opératoires
54. **Frank Melville Lott, 1896 - 1982 — In Memoriam**

Correspondence concerning the Bulletin should be addressed to:
The Director General of Dental Services,
National Defence Headquarters,
Ottawa, Ontario, Canada,
K1A OK2

Toute correspondance se rapportant au Bulletin devrait être adressée au:
Directeur général - Service dentaire,
Quartier général de la Défense nationale,
Ottawa, Ontario, Canada,
K1A OK2

"The opinions expressed in this publication are those of the authors; they do not necessarily represent the Canadian Forces Dental Services nor DGDS policy."

"Les opinions émises dans cette publication sont celles de l'auteur; elles ne reflètent pas nécessairement les politiques du Service dentaire ou celles de son Directeur."

A Few Words from the Director General

Un mot de notre Directeur général

The CFDS Bulletin and its predecessors the CFDS Quarterly and the RCDC Quarterly have been published on a regular basis since 1960. Although the format has varied the purpose of the publications has remained as originally described by the then Director General of Dental Services, Brigadier KM Baird. In an introductory article published in the first RCDC Quarterly dated 30 April 1960, Brigadier Baird stated in part:

> *"The RCDC Quarterly has been created with the principal aim of providing a means, where no other means exist, of circulating information of interest to all personnel of the Corps. In effect, it should permit us to keep ourselves informed on the general activities of the Corps and its members and to interchange ideas and news in a manner which heretofore has not been possible. It should be an outlet for those of us who are interested in passing along our views on subjects of peculiar interest and of special concern to members of a dental service in the Armed Forces."*

This role has been admirably fulfilled over the past 23 years. The successive editorial staffs have consistently produced a high quality publication that has been a credit to our "Corps".

Originally the RCDC Quarterly was produced entirely "in house" at the Division of Dental Services and was funded through contributions of the serving RCDC officers. The costs of production gradually increased until in 1972 it became impossible to support the publication solely from donations. The Quarterly was salvaged only by obtaining public funding for its publication. With the public funding came some definite guidelines, including rules governing the amount of professional/scientific content, and a loss of control over some technical aspects such as layout, typesetting and printing. These changes were advantageous in many ways since we gained the assistance of some very competent professionals in the Directorate of Documentation and Drawing Services. A major problem developed however due to bureaucracy associated with translation, typesetting and printing. It has currently become so extreme that reports of events are appearing almost a year after they have occurred. The keystone of the publication has always been "news". How can something be news when it is published with such delay? Something which was designed to enhance communication has in many ways become a hindrance.

In an effort to address the problem of news timeliness, a second publication entitled the CFDS Bulletin was introduced three years ago. It has gained considerable acceptance, however has also encountered serious publication delays. Additionally the demand placed on Division staff by two publications is unacceptable.

Le Bulletin du SDFC, prolongement de ses prédécesseur, le Bulletin du SDFC 1er édition et le RCDC Quarterly (bulletin du CDRC), ont été publiés régulièrement depuis 1960. D'une publication à l'autre la présentation a changé; mais le but est resté celui défini au départ par le Directeur général des services dentaires de l'époque, le brigadier K.M. Baird. Dans un article d'introduction, paru dans le premier numéro du RCDC Quarterly, le 30 avril 1960, le brigadier Baird soulignait, notamment que:

> *"Le RCDC Quarterly a été crée dans le but premier de fournir, là où il n'en existe aucun, un moyen de disséminer les renseignements présentant un intérêt pour tous les membres du Corps. En effet, il devrait nous permettre de nous tenir au courant des activités générales du Corps et de celles de ses membres, ainsi que d'échanger des idées et des nouvelles d'une façon qui avait été jusqu'ici impossible. Par son truchement, ceux d'entre vous qui le veulent pourront exprimer leurs opinions sur des sujets qui intéressent ou concernent particulièrement les membres d'un service dentaire militaire."*

Notre publication a rempli ce rôle admirablement au cours des 23 dernières années. Les équipes de rédaction qui se sont succédées n'ont eu de cesse de publier des numéros s'imposant par leur qualité, mérite qui rejaillit sur notre "Corps".

Au départ, le RCDC Quarterly était une publication purement interne de la Division des services dentaires et son financement provenait des contributions des officiers du CDRC. Les frais de publication ont augmenté progressivement jusqu'en 1972, moment où il s'est révélé impossible de poursuivre la publication grâce aux dons seuls. Pour sauver la publication il n'y avait d'autre choix que de faire appel au financement public. Ceci a entraîné l'établissement de lignes de conduite précises dont les limites à la place que devaient occuper les articles à caractère professionnel ou scientifique ainsi que la diminution de notre droit de regard sur les aspects techniques de la publication comme la mise en page, la composition et l'impression. Ces changements avaient du bon à maints égards, puisqu'ils supposaient la contribution de personnes très compétentes de la Direction des services de documentation et de dessin. Toutefois, un grave problème a surgi des contraintes bureaucratiques qu'imposent la traduction, la composition et l'impression. La gravité de ce problème est aujourd'hui telle que les comptes rendus d'événements sont publiés avec presque un an de retard. Si l'on songe que le but recherché est la publication de "nouvelles", on peut douter de leur "fraîcheur" après tant de temps et, de ce fait, ce qui se voulait un moyen de faciliter la communication vient plutôt lui nuire sous bien des rapports.

The criticism of the "timeliness" of the Bulletin has not ceased, as a matter of fact it has risen to a deafening roar. This discontent is entirely understood and supported by the present editorial staff who, to put it mildly, are completely frustrated.

It was therefore decided to determine the feeling of the CFDS members regarding the desirability of continuing publication of the Bulletin. The gathered opinions, the future of the Bulletin and desirability of two publications were thoroughly discussed at the last DGDS/Unit Commanders' Conference. The message obtained was loud and clear; "either improve the timeliness of the news or cease the publication". A concerted effort by the present and past editors to correct the problems associated with the Bulletin, has been made. It is sad to admit but the efforts to salvage the Bulletin, and there were many to date, have been unsuccessful.

It therefore is with a great sense of disappointment and sadness that I announce that this edition of the Bulletin will be the last in a series of publications that has served us so well for the last 23 years. It will be replaced by a more elaborate and hopefully more timely CFDS Newsletter.

In many ways we are reinventing the wheel. The publication, which the RCDC Quarterly replaced in 1960, was titled the "RCDC Newsletter". The original newsletter had been discontinued as an economy measure in 1953. Also like the original RCDC Quarterly, the "new" newsletter will be entirely produced and controlled "in house". It will be published in both official languages, however, the first printing of each edition will be in the language in which the first submissions are received. A second printing will include translation of all articles found in the first. This alone will enable us to advance printing by 1-1/2 to 2 months, which at present is the time required for translation.

There will be those who will feel that perhaps we have given up too easily and that not enough effort was devoted to solving the problems associated with the production of the Bulletin. To say this is simply not to know the facts. Ask any present or past member of the editorial staff!

I repeat my disappointment in the decision; however, hopefully the steps to be taken will once again allow us to meet the original goals of the Quarterly and the continuing needs of our Corps.

Brigadier-general
J.N. Wright

Pour tenter de corriger la situation et de garder aux faits leur caractère de nouvelles, on a lancé il y a trois ans une deuxième publication, le petit Bulletin du SDFC (le "NEWSLETTER"), qui s'est fait un bon nom, mais qui a aussi souffert des retards de publication. De plus, la charge de travail que représente pour le personnel de la Division la préparation de deux publications est inacceptable.

Les reproches formulés à l'égard de la "ponctualité" du Bulletin ne se sont pas tus pour autant; en fait, ils grondent maintenant furieusement. L'équipe de rédaction en place comprend très bien ce mécontentement qu'elle trouve justifié; l'équipe elle-même est, pour employer un euphémisme, bien frustrée.

Il a donc été décidé de prendre le pouls des membres du SDFC quant à l'opportunité de poursuivre la publication du Bulletin. Les opinions recueillies, l'avenir du Bulletin et l'utilité d'une deuxième publication ont fait l'objet d'un examen approfondi au cours de la dernière conférence des commandants d'unités du DGSD. Le message était clair: publiez dans de meilleurs délais ou ne publiez plus. Les rédacteurs en chef, anciens et en place, ont concerté leurs efforts en vue de remédier aux problèmes. Malheureusement, force est d'admettre que les efforts déployés pour sauver le Bulletin, et Dieu sait qu'on en a faits, ont été vains.

C'est donc avec regret et tristesse que je dois annoncer que le Bulletin paraît pour la dernière fois, après un apport enrichissant de 23 années. Il sera remplacé par un petit Bulletin plus complet et, espérons le, à publication plus régulière.

Sous bien des rapports, on ne fera que donner un visage nouveau à ce qui existait déjà. En 1960, le RCDC Quarterly remplaçait le RCDC Newsletter, dont la publication avait été interrompue par mesure d'économie en 1953. Donc, comme le RCDC Quarterly, le nouveau bulletin sera entièrement conçu et réalisé à l'intérieur de nos services. Il sera publié dans les deux langues officielles, mais la première publication de chaque numéro sera dans la langue dans laquelle les articles ont été soumis, tandis qu'une deuxième version contiendra la traduction de tous les articles. Ainsi, nous serons en mesure de réduire le délai de publication de 1-1/2 à 2 mois, période qui correspond actuellement au temps consacré à la traduction.

Il se trouvera toujours des gens qui estimeront que nous avons capitulé trop vite et que tous les moyens n'ont pas été pris en vue de régler les problèmes de publication du Bulletin. Mais c'est là simplement prouver son ignorance des faits. Renseignez-vous auprès de n'importe quel membre de l'équipe de rédaction en place ou des équipes précédentes!

Je rappelle que la décision prise me déçoit beaucoup. J'espère seulement que les mesures prévues nous permettront de nouveau de réaliser les objectifs originaux du Bulletin (le "Quarterly") et de répondre aux besoins courants de notre Corps.

Le brigadier-général
J.N. Wright

NEWS RELEASE

COMMUNIQUÉ

OTTAWA- The Chief of the Defence Staff, General R.M. Withers, has announced the appointment of Colonel (Ret'd) George Ross Covey, MBE, CD, of Ottawa, Ontario, as Colonel Commandant of the Canadian Forces Dental Services.

The position of Colonel Commandant is an honorary appointment which is held in high esteem and is accorded to a retired senior officer of the concerned Branch. As Colonel Commandant, Colonel Covey's duties will include fostering esprit de corps throughout the Dental Branch and advising the Chief of the Defence Staff on matters of significance to the Branch.

Colonel Covey commenced his military career in 1941 and saw service with the Canadian Army during the Second World War. Immediately following the war, he transferred to the Regular Force and continued to serve until his retirement in 1973.

His senior appointments included command of 25 Canadian Field Dental Unit in Korea, Commanding Officer of 35 Field Dental Unit, Metz, France, Commandant of the Royal Canadian Dental Corps School at Camp Borden and Deputy Director General of Dental Services at National Defence Headquarters.

After release from the Canadian Forces in September 1973, Colonel Covey served as Director of the Dental Health Science Program at Algonquin College in Ottawa. In 1974 he entered private dental practice in Ottawa from which he retired in 1979.

OTTAWA- Le général R.M. Withers, Chef de l'état-major de la Défense, a annoncé la nomination du colonel (retraité) George Ross Covey, MBE, CD, d'Ottawa (Ontario), au poste de colonel commandant du Service dentaire des Forces canadiennes.

Le titre de colonel commandant est un titre honorifique très estimé accordé à un officier supérieur retraité du service concerné. En tant que colonel commandant, le colonel Covey aura pour rôle, entre autres, de promouvoir l'esprit de corps parmi les membres du Service dentaire et de conseiller le Chef de l'état-major de la Défense sur les questions intéressant le Service.

Le colonel Covey a commencé sa carrière militaire en 1941 et a servi dans l'Armée canadienne pendant la Seconde Guerre mondiale. A la fin de la guerre, il s'est joint à la Force régulière dans laquelle il a servi jusqu'à sa libération, en 1973.

Le colonel Covey a occupé les postes supérieurs suivants:commandant de la 25^{e} Unité de campagne du Corps dentaire, en Corée;commandant de la 35^{e} Unité dentaire de campagne, basée à Metz, en France;commandant de l'école du Corps dentaire royal canadien de Camp Borden et sous-directeur général du Service dentaire au Quartier général de la Défense nationale.

Après sa libération des Forces canadiennes, en septembre 1973, le colonel Covey a dirigé le programme d'études en soins dentaires et en hygiène dentaire au collège Algonquin. En 1974, il a ouvert un cabinet de dentiste à Ottawa, pour prendre se retraite en 1979.

Letter from our Colonel Commandant

To all members of the Corps,

It was indeed a great honour for me last May when the CDS, General Ramsey Withers, through our former DGDS, Brigadier W.R. Thompson, asked if I would accept the appointment of Colonel Commandant of the CFDS. My reply in the affirmative was subsequently accepted by the Minister of National Defence, the Honourable Gilles Lamontagne, and my appointment for a three year tenure was granted by the Governor General, Edward Schreyer. To be chosen to carry on the duties of our former Colonel Commandant, Brigadier-General B.P. Kearney, who so ably fulfilled his appointment over the past four years, was appreciated and was a great source of pride.

In the near future I hope to see and speak with as many members of our Dental Services as possible and to continue to foster the high esprit de corps for which the CFDS is noted. In consonance with our present DGDS, Brigadier-General J.N. Wright, it is my fervent hope to instill, especially in our newer members, the desire to work together with our peers and superiors for the high quality comprehensive dental service which all our military personnel have come to know and appreciate. With this tenet we are assured of the continuance of the current admiration by the dental profession, both at home and abroad, for the dental services we provide.

I am confident that with your support, we can accomplish our aim and it will have fulfilled the purpose of my appointment. With this philosophy the comradeship just comes naturally.

G.R. Covey, Col (Ret'd) MBE, CD

Colonel Commandant

Lettre de notre colonel-commandant

Le Chef de l'état-major de la Défense, le général Ramsey Withers, m'a vraiment fait un grand honneur en me demandant en mai dernier, par l'intermédiaire de notre ancien DGSD, le brigadier W.R. Thompson, si j'accepterais la nomination de colonel commandant du SDFC. L'honorable Gilles Lamontagne, ministre de la Défense nationale, a par la suite accepté ma réponse affirmative, et Son excellence le gouverneur général Edward Schreyer m'a accordé cette affectation pour une durée de trois ans. Qu'on m'ait choisi pour remplir les fonctions que notre ancien colonel commandant, le brigadier-général B.P. Kearney a assumées avec tant de compétence au cours des quatre dernières années, a été pour moi une grande source de fierté et d'appréciation.

Dans un proche avenir, j'espère rencountrer le plus grand nombre possible de membres du personnel et continuer à promouvoir l'esprit de corps qui fait la réputation du SDFC. En accord avec notre DGSD actuel, le brigadier-général J.N. Wright, c'est avec ferveur que j'espère inculquer à nos tout nouveaux membres en particulier, le désir de travailler en harmonie avec collègues et supérieurs de sorte que nous puissions continuer d'offrir les services dentaires de haute qualité que tous les militaires connaissent et apprécient. Ainsi pourrons-nous toujours susciter l'admiration des représentants de la profession, au pays comme à l'étranger.

Je suis persuadé qu'avec votre appui, nous pouvons atteindre notre but et c'est dans cet esprit que je vois cette affectation. Grâce à cette philosophie, la camaraderie viendra tout naturellement!

le col G.R. Covey (Retraité) MBE, CD

colonel commandant

THE LABORATORY

A Technician's Perspective

CWO R.E. TODD CD, SR LAB TECH

LE LABORATOIRE

Point de vue d'un technicien

R.E. TODD ADJUC TECH LAB SR

With the question of centralization of laboratory services being raised, it seems that many problems have come to light.

It would appear that over the past 15 years in particular, there have been clearly defined goals for the Preventive Dentistry Programme, whereas the laboratory has been left to evolve into what we have at the present. Yes, there have been Trades Specifications, CTS and CTP Boards convened and second generation documents produced which are excellent; however, our role is changing while our modus operendi is not.

As the purpose of this article is to generate some thought and contemplation, let us explore some of the past developments and how they are influencing the laboratory.

Over the past years there have been two main influences in the changing role of the laboratory. They are:

a. the combination of an effective preventive programme and a generally superior oral condition of enrollees; and

b. less emphasis being placed on removable prosthetics.

This combination has created different priorities, namely, less "bread and butter cases", i.e., CD and routine RPD cases, and more sophisticated porcelain fused to metal restorations and precision attachments. There is little doubt that this is a good trend; however, it causes problems as only a few laboratories have the facilities to produce these restorations and more important, only a handful of technicians have been given the opportunity to learn and develop the skills required to fabricate porcelain fused to metal restorations. Moreover, it has caused a great geographical imbalance with many clinics having to send work a considerable distance for completion.

The effects, however, are greater than a simple geographical imbalance as we find that many technicians in small detachments now have limited opportunity to develop and practice all of their skills. This problem is now of greater concern and importance due to financial restrictions within the posting budget prohibiting moves within an appropriate timeframe which, for the purpose of career development, should not exceed two or three years. This is an ironic phenomenon as the very concept of independent laboratories which in the past developed

De nombreux problèmes ont été découverts lors de l'analyse de la question de la centralisation des services de laboratoire.

Il semble que le laboratoire ait été laissé à lui-même vu les objectifs bien établis qui avaient été fixés dans le cadre du programme des soins dentaires préventifs depuis quinze ans en particulier. Oui, il y a eu des monographies de spécialité, des NORCO et des PC. Une deuxième génération de documents a été produit et ils sont excellents; cependant, il semble que notre rôle soit en train de changer, mais non notre façon de procéder. Cela ne peut continuer ainsi.

Étant donné que le présent article a pour objet de permettre des idées et des projets, examinons certaines réformes antérieures et étudions la façon dont elles influent sur le laboratoire.

Au cours des années, deux facteurs importants ont contribué à faire changer le rôle du laboratoire, à savoir:

a. la combinaison d'un programme de prévention efficace et d'un état dentaire généralement bon chez les recrues;

b. une moins grande importance accordée aux prothèses amovibles.

Cette combinaison a entraîné des priorités différentes, notamment moins de cas faciles comme le nettoyage des dents et les cas courants de carie et plus de travaux complexes de précision et de restauration par la fusion de la porcelaine et du métal. Cette tendance est bonne, mais peu de laboratoires ont les installations qui leur permettent d'effectuer ces restaurations et, ce qui est plus important, seule une poignée de techniciens a eu la possibilité d'étudier et d'apprendre comment effectuer des restaurations par la fusion de la porcelaine et du métal. De plus, cela a causé un important déséquilibre géographique car de nombreuses cliniques doivent faire appel à des centres éloignés pour certains travaux.

Cependant, les conséquences sont plus importantes qu'un simple déséquilibre géographique: de nombreux techniciens dans de petits détachements ont peu d'occasions de se perfectionner et de mettre leurs connaissances en pratique. Ce problème nous préoccupe encore plus maintenant à cause des restrictions budgétaires qui interdisent des déplacements lesquels ne dépasseraient pas deux ou trois ans dans le cas du perfectionnement professionnel.

tradesmen and provided rapid personalized service is now detrimental.

The writer appreciates that there are many occupants of "two holers" who will be quick to argue this point, but the fact remains that there is a limit to the price one can afford to pay for "the nice to haves".

The aforementioned views would initially lead the reader to believe that a pro centralization concept is supported. This is not entirely the case. The writer feels that it is unfair to have to defend a concept without the laboratory trade being given clearly defined roles. With this in mind let us examine the alternatives.

If our goals are to remain "traditional" and strive to train and employ laboratory technicians to independently provide support to the dental team in various accommodations, we must maintain our present method of training and adjust our employment policy as to ensure that technicians are rotated through one man laboratory positions on a regular basis with such employment not to exceed three years. This would have some advantages:

a. to provide an opportunity for technicians to experience and practice working independently in small clinics while the employment in central laboratories would ensure individuals remain current with all techniques and materials;

b. technicians rotating to small detachments would be better prepared to offer recommendations and suggestions, having recently worked with senior tradesmen and specialist officers in a larger clinic; and

c. the dental officers in small detachments would benefit through the availability of more current technical innovations.

This would lead to greater satisfaction of the dentist and the laboratory technician.

As stated in an earlier paragraph, some technicians are not able to maintain their skills. Evidence is reflected on Quarterly 325's which indicate that a technician may fabricate three complete or partial dentures during a quarter or seven gold castings during that same period. Is this a case of too little prosthetic work available? Or where a particular dentist dislikes prosthetics or feels he is too restricted?

Regardless of the specific reason, the fact remains that a technician employed under these circumstances is hardly maintaining his skills, let alone progressing. This policy is unfair to the individuals and the system. Is the solution centralization?

Whether or not the solution is centralization will not be addressed in this article, although the writer does have very strong ideas. Let us, however, examine some aspects of centralization so we can be more objective in deciding:

a. **Transportation**: this is usually one of the first concerns everyone presents and is extremely overrated as a factor. Today, there are many efficient methods of transporting cases. There may have to be adjustments and even monies budgeted to cover courier costs; however, transportation is not a problem that cannot be easily overcome;

b. **Accommodations**: laboratories within the CFDS have not been given sufficient consideration for their present needs in regards to floor space let alone having the potential to expand. This is a very important factor as unit laboratory trials on centralization are facing

Il s'agit d'une situation ironique car le principe de base des laboratoires indépendants qui, par le passé, ont perfectionné les hommes de métier et assuré un service rapide personnalisé, est désormais nuisible.

L'auteur conçoit bien que de nombreux tenants du "two-holers" ne seront pas d'accord, mais il n'en demeure pas moins qu'il y a une limite au superflu qu'on peut se permettre.

Le lecteur déduira d'abord des faits ci-dessus que l'on appuie le principe d'une centralisation. Cela n'est pas vraiment le cas. L'auteur pense qu'il est déloyal d'avoir à défendre un principe sans qu'on attribue des rôles précis au métier 723. Étudions les diverses possibilités tout en songeant à cela.

Si nous voulons prôner la "tradition" et essayer d'engager et de former des techniciens en laboratoire qui aideront, de façon indépendante, les dentistes de diverses façons, nous devons conserver notre méthode de formation actuelle et modifier notre programme d'emploi de façon que les techniciens effectuent un roulement régulier dans les fonctions d'un laboratoire. Au bout de trois ans, les techniciens doivent avoir travaillé à tous les postes. Cela aurait certains avantages:

a. les techniciens auraient la possibilité de travailler et de se former, avec indépendance, dans de petites cliniques tandis que le travail dans les principaux laboratoires leur permettrait de rester au courant de toutes les techniques et de la façon d'utiliser le matériel;

b. les techniciens qui travaillent à tour de rôle dans de petits détachements seraient mieux préparés à faire des recommandations et des suggestions, ayant récemment travaillé avec d'anciens hommes de métier et des spécialistes dans une plus grande clinique;

c. les dentistes des petits détachements tireraient profit des innovations techniques d'actualité.

La satisfaction du dentiste et du technicien en laboratoire serait plus grande.

Comme l'auteur l'a déjà dit, certains techniciens ne peuvent tenir leurs connaissances à jour, les "325 trimestriels" illustrent ce fait en indiquant qu'un technicien peut fabriquer trois prothèses complètes ou partielles pendant un trimestre, ou sept cas d'or pendant la même période. Peut-être y a-t-il très peu de travail prothétique à faire? Ou peut-être qu'un dentiste en particulier déteste les prothèses ou pense qu'il est trop limité?

Quelle que soit la véritable raison, il n'en demeure pas moins qu'un technicien qui travaille dans ces conditions peut difficilement tenir ses connaissances à jour et encore moins progresser. Cette ligne de conduite est déloyale envers les individus et le système. La centralisation est-elle la solution?

L'auteur du présent article ne répondra pas à cette question, même s'il a de très bonnes idées sur le sujet. Examinons toutefois certains aspects de la centralisation pour être plus objectifs au moment de prendre une décision:

a. **le transport** — il s'agit du sujet habituellement abordé en premier par tout le monde et on fait trop de cas de ce facteur. De nos jours, il existe de nombreuses méthodes de transport efficaces. Il sera sûrement nécessaire de faire des ajustements et même de prévoir des fonds pour couvrir les frais de messagerie. Cependant, le transport est un problème dont on peut venir à bout facilement;

b. **les installations** — les laboratoires du SDFC ne disposent pas actuellement d'espace suffisant; aussi ne peut-on envisager aucune expansion. Ce facteur est très important étant donné que l'on fait face à des échecs pendant les périodes d'essai de centralisation à cause du manque d'installations adéquates;

c. **l'emploi et la formation** — veiller à ce que les techniciens formés soient employés à temps plein et qu'ils soient toujours satisfaits de leur travail. Il faudrait mettre en oeuvre et maintenir

built in failures through the lack of appropriate facilities;

c. **Employment/Training** — to ensure that presently trained technicians can be fully employed, and maintain job satisfaction, a regular rotation through various "departments" would have to be initiated and maintained. A department or area concept would have to be established to minimize congestion in common areas. Present training techniques and career development would have to be revised with consideration given to the concept of training technicians in specific facets of technology as to meet current demands; and

d. **Equipment/Materials/Technique** — unquestionably the budget for the purchase of new equipment would benefit without the need to duplicate many items as is presently the case. Standardization of techniques employed and materials used would ensure a more consistent result for the dental officers while providing a broad range of laboratory services.

In summary, it is understood and accepted that there will be continued policy changes, as well as different development in treatment priorities which will develop. We must, however, accept that we have not adequately prepared for the changes which have taken place in the past several years.

Our immediate task is to correct what this writer feels is a potential deviation from efficient laboratory services and individual skill development.

Through the collective efforts of the stores investigation committee meetings and unit annual projected requirements submission, the laboratory has been reasonably progressive during the past few years with regard to equipment and supplies.

It is time now to generate the same enthusiasm towards projecting our laboratory service requirements.

Given a clearly defined role, I am confident that the laboratory can provide a more balanced service to all dental detachments while providing a better opportunity for technicians to maintain high proficiency levels in all phases of laboratory production.

un roulement régulier dans divers services. Dans les secteurs communs, il faudrait penser à une division par services pour minimiser la congestion.
Il faudrait revoir les techniques de formation actuelles et les programmes de perfectionnement en vigueur en tenant compte de la formation des techniciens dans des domaines techniques précis de façon à répondre aux demandes actuelles,

d. **l'équipement, les fournitures et les techniques** — il serait sans aucun doute avantageux d'avoir des fonds pour l'achat d'un nouvel équipement sans qu'il ne soit nécessaire d'avoir de nombreux articles en double comme c'est le cas actuellement. La normalisation des techniques et des fournitures utilisées serait un aboutissement logique pour les dentistes tout en assurant une vaste gamme de services de laboratoire.

En résumé, on sait et on accepte que la ligne de conduite subira des modifications continuelles et que d'autres priorités seront établies en ce qui concerne le traitement. Nous devons toutefois reconnaître que nous n'étions pas adéquatement préparés aux changements des dernières années.

Notre tâche immédiate consiste à corriger ce que l'auteur considère comme une déviation qui va à la rencontre des services efficaces de laboratoire et du perfectionnement de l'individu.

Le laboratoire a bien évolué au cours des dernières années en ce qui concerne l'équipement et les fournitures grâce aux efforts collectifs des membres du comité d'étude sur le matériel et à la présentation des besoins de chaque unité prévus pour une année.

Il est temps maintenant de faire naître le même enthousiasme face à l'établissement de nos besoins en services de laboratoire.

Si on lui attribue un rôle bien précis, je suis convaincu que le laboratoire peut offrir un service plus équilibré à tous les détachements dentaires tout en permettant aux techniciens de demeurer très compétents dans toutes les étapes de la production en laboratoire.

ADVENTURE TRAINING

13 Dental Detachment CFB Petawawa

MWO DELOUGHERY

At 0700 hrs on Tue 07 Sep a group of nine eager but shivering individuals with four canoes and packs loaded to the brim with supplies and provisions gathered outside the main dental clinic at CFB Petawawa. All were personnel from 13 Dental Detachment CFB Petawawa, soon to depart on one week Adventure Training through Algonquin Park. The weather leading up to this moment had been very cold and wet, so our packs contained an extreme variety of clothing from swim suits to rain and cold weather apparel. But as we were soon to find out, MWO Deloughery could not have selected a better week. The weather was warm and sunny throughout and without a drop of rain.

We were transported via a series of winding and sometimes primitive roads to a deserted point (Lake Traverse) deep within Algonquin Park. There, with only our packs and our canoes, we watched the last symbol of civilization that we would see for days drive away. Of course we all had every confidence that our "Great White Leader" (MWO Deloughery) would lead us back to civilization again.

All were eager to get paddling, so away we went. The lake was tranquil and the scenery picturesque and as we paddled along, fishing rods were soon to appear.

After leaving the lake and entering the Petawawa River our ears soon detected the rushing sound of water in the distance. Could it be rapids? Yes! As we drew closer one could see the water and white foam churnign amongst the rocks. Most of us being inexperienced, we turned our attention to the Great White Leader as he surveyed the path ahead of us, making all kinds of signs with his arms and paddle. Shaking our heads yes! yes! we watched as he

Start
Prêt ou pas, on y va!

EN AVANT L'AVENTURE

13 Detachement dentaire BFC Petawawa

ADJUM DELOUGHERY

À 7 h, le mardi du 7 septembre, neuf excursionnistes épris d'aventure, mais pas très rassurés sur ce qui les attendait, portant quatre canots et des sacs à dos remplis à capacité de provisions et de vivres divers, se sont rassemblés à l'extérieur de la clinique dentaire de la BFC Petawawa. Tous ces excursionnistes faisaient partie du 13e Détachement dentaire de la BFC Petawawa. Ils s'apprêtaient à entreprendre une excursion d'une semaine au Parc Algonquin. Les quelques jours qui avaient précédé le départ ayant été très froids et humides, il avait fallu prévoir emporter des vêtements pour tous les temps, maillots de bain, vêtements de pluie et vêtements chauds. Cependant, toutes ces précautions ont été vaines, comme on n'a pas tardé à le constater; l'adjum Deloughery, en arrêtant les dates de l'incursion n'aurait pu mieux choisir. Tout au long de la semaine, le temps a été ensoleillé, la température chaude, et pas une goutte de pluie n'est tombée.

Pour nous rendre au point de départ, un lieu désert enfoncé dans le Parc Algonquin (Lac Traverse), il nous a fallu emprunter une série de routes sinueuses, parfois même primitives. Après en avoir sorti nos sacs à dos et nos canots, nous avons regardé s'éloigner le véhicule qui nous avait conduit sur place . . . dernier symbole de civilisation qu'il nous serait donné de voir d'ici des jours. Bien sûr, nous avions tous pleinement confiance en notre "chef d'excursion" (l'adjum Deloughery); nul ne doutait qu'il nous ramènerait bientôt à la civilisation?!!

Nous avions tous hâte de commencer à ramer, aussi nous avons eu tôt fait de partir. Le lac était calme et le paysage, enchanteur. Certains, en cours de route, n'ont pas manqué de taquiner le poisson.

Lorsqu'au fil de l'eau nous avons quitté le lac et nous sommes engagés sur la rivière Petawawa, il nous a semblé entendre, au loin, le grondement de rapides. Était-ce possible? Oui! En s'approchant, on pouvait en discerner l'écume blanche qui se brisait sur les rochers. La plupart d'entre nous, en rameurs inexpérimentés, se sont alors fixés instinctivement vers le "Grand Chef" qui ouvrait la voie devant nous; il nous faisait toutes sortes de signes des bras et des rames. Tous, d'un air entendu, hochant la tête avec enthousiasme, nous ne le quittions pas des yeux: lui et le cpl Pomroy contournaient les obstacles, manoeuvrant d'une main experte. Les prochains à prendre le départ dans le canot le plus long seraient le Lcol Bouris, le maj Vandahl et le sdt Bibeau. Tout semblait aller parfaitement pour eux aussi, le troisième canot, où avaient pris place le capt Merkley et le cpl Best, s'est engagé bientôt à leur suite. Cependant, le deuxième canot s'est bientôt trouvé immobilisé sur un rocher bloquant le passage au troisième. On avait beau faire de grands signes des bras, rien n'y faisait.

and Cpl Pomroy expertly manoeuvered their way through the obstacles. Next to try their skill was the largest canoe carrying LCol Bouris, Maj Vandahl and Pte Bibeau. They seemed to be doing OK, so the third canoe carrying Capt Merkley and Cpl Best entered the water. Very soon, the Bouris canoe was stuck fast on a rock dead in the path of the Merkley canoe. Profuse arm waving didn't seem to help, so after the Merkley canoe had rammed the Bouris canoe and turned 180°, it completed the rapids backwards!

It was after another set of rapids that we then discovered the fine art of portaging. That is where you leave the canoe and make a trip via land around a river obstacle. The first trip involves carrying the 50 lb. rucksacs plus paddles, etc, and then a second trip with the 15 ft canoe on your back through a several hundred metre long obstacle course of hills, creeks, trees etc. This is where Maj Vandahl really became enthused. He could be heard saying statements like "I hope there's another portage soon!" or "Mike, lets portage around this one!".

By late afternoon we were starting to think about food and making camp. Soon an inviting looking island appeared. An advance party of MWO Deloughery and WO Highfield recceed the area and directed us to the perfect place to beach our canoes. But we soon found out that perfect spot had hostile inhabitants, hundreds of angry hornets. We bid a hasty retreat but not before Cpl Pomroy had been stung several times and Cpl Best submerged in water. After relocating to another part of the island we soon had a fire going with steak, onions and mushrooms a-sizzling.

After a quick conference, Bouris, Highfield and Weir transformed two square pieces of tarp and two lengths of rope into a royal lodging, accommodating five. After a very complete meal, a little fishing and a few hot toddies around the fire, all retired early but not to sleep right away thanks to a certain very noisy Cpl.

All awoke early to the aroma of bacon, eggs, toast and coffee. It tasted very good but we all knew that was our last fresh food for awhile as for the next few days it would be ration packs only.

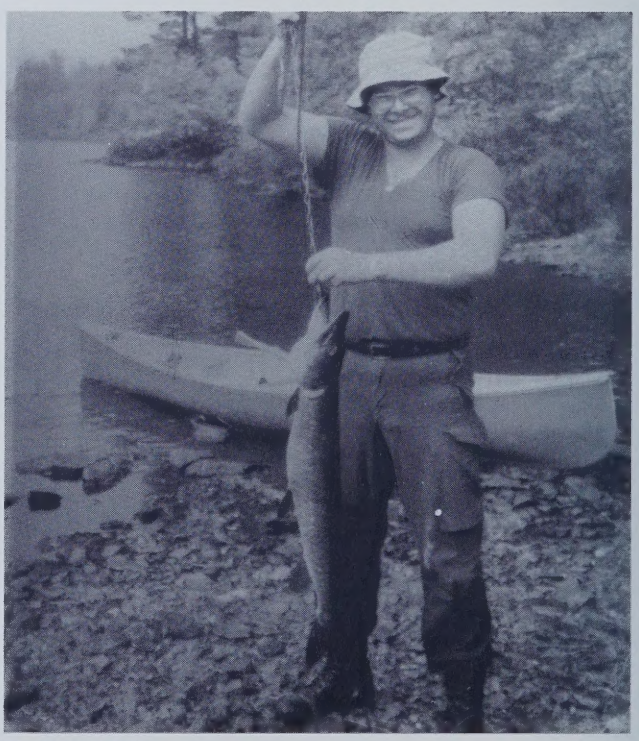
We quickly were becoming "Experts" at shooting rapids, developing techniques to miss the exposed rocks and only hit every second submerged rock! Late Wednesday morning we approached a menacing group of rapids and WO Highfield and Pte Weir decided they would take the safe way and walk along the shore pulling their canoe along with a rope. The other three canoes successfully navigated the more risky white water route in time to look back and see Highfield and Weir put their canoe back in the water, get in, and proceed to tip over and lose everything into the water! All was retrieved including Weir's most valued possession, his fishing rod. The cameras were busy capturing the soggy travellers as they climbed up on a large rock to regroup.

Wednesday's travel ended early in the afternoon with a long portage of 1580 meters (one mile) to avoid the treacherous rapids at Crooked Chute. Once again we were all very tired and ready to set up camp. The weather was getting even warmer so half went fishing while the remainder went for a swim leaving Highfield and Weir to hang up their wet laundry to dry. Many fish were caught, with the pickerel being kept and served up for breakfast along with our ration pack ham omelette.

Thursday turned out to be our biggest day, in that we covered over 10 miles in quick time. We were able to shoot most of the rapids and portaging was kept to a minimum. Once again Highfield and Weir managed to get completely wet while most of the rest of us just got soggy from the knees down.

Along the way we observed the unrepairable wrecks of three canoes and a cemented cross bearing the site where a canoeist had lost his life in the rapids a few years previously. These were very striking symbols of the seriousness and ever present danger involved in the unknown waters. MWO Deloughery kept his map ever handy and was very perceptive in deciding which rapids to try and which to leave alone.

WO Highfield & Pte Weir at their best . .
Adj Highfield & sdt Weir dans les bras de Morphée.



The biggest fish . . .
Qui est le poisson?

Les passagers du troisième canot ont donc dégagé le deuxième canot à l'aide de leurs rames; celui-ci a ensuite poursuivi la descente des rapides, à reculons, après avoir fait demi-tour!

Après avoir descendu une autre série de rapides, nous avons pu découvrir l'art, combien magnifique, du portage . .Il s'agit de laisser le canot, de contourner un obstacle à pied et d'admirer le paysage en transportant un sac à dos de 50 livres, les rames et tout le matériel, puis de revenir sur ses pas et de refaire un trajet de plusieurs centaines de mètres, chargé d'un canot de 15 pieds, puis de poursuivre sa course en dépit des obstacles (collines, criques, arbres, etc). C'est là que le maj Vandahl a vraiment donné libre cours à son enthousiasme. On a pu l'entendre lancer des paroles célèbres telles que; "J'espère qu'il y aura un autre portage bientôt!" ou "Mike, si nous faisions un portage pour contourner cet obstacle?"

L'après-midi tirant à sa fin, nous avons commencé à penser à nous ravitailler et à ériger notre camp. On a vu bientôt apparaître à l'horizon une île invitante. Partis en mission de reconnaissance, l'adjum Deloughery et l'adj Highfield sont revenus après un moment et nous ont indiqué l'endroit idéal où laisser nos canots. Cependant, comme nous n'avons pas tardé à nous rendre compte, nous n'étions pas les bienvenus à cet endroit: des centaines de frelons furieux nous ont pris en chasse. Nous avons donc dû battre en retraite en moins de deux, mais déjà, ce pauvre cpl Pomroy avait essuyé de nombreux "coups" et le cpl Best avait trouvé refuge dans l'eau. Après avoir déniché un emplacement plus accueillant, à un autre endroit de l'île, nous avons allumé feu et avons pu bientôt nous délecter d'un bon bifteck avec oignons et champignons, s'il-vous-plaît!

Les expéditionnistes Bouris, Highfield et Weir, après une brève "conférence au sommet", ont monté un abri royal pouvant recevoir cinq personnes. Ce qu'on peut faire avec quelques morceaux de toile et quelques longueurs de corde! Donc, après avoir dégusté un repas, ma foi fort copieux, taquiné quelque peu le poisson et fait griller quelques friandises sur le feu tous ont gagné leurs "appartements" à bonne heure, mais n'ont pu trouver le sommeil tout de suite, un certain caporal fort bruyant en ayant décidé autrement . . . Le lendemain matin, au réveil, l'arôme du bacon, des oeufs, du café et du pain grillé nous a chatouillé agréablement les narines . . . Notre dernier festin pour un bon moment; dorénavant, il nous faudrait nous contenter de vivres conditionnés.

I'll miss you . . .
Déjà fini?

L'expérience aidant, nous sommes vite devenus des "maîtres" de la descente des rapides. Nous avons bien mis des techniques au point, afin d'éviter les rochers à fleur d'eau, mais les rochers submergés avaient raison de nos efforts une fois sur deux! En fin de matinée le mercredi, à l'approche d'une série de rapides menaçants, l'adj Highfield et le sdt Weir ont décidé d'éviter tout risque inutile et de longer le rivage en tirant leur canot au bout d'une corde. Quant aux passagers des trois autres canots, plus intrépides, ils ont réussi à merveille la descente des rapides. Quel plaisir ils ont eu à voir ensuite derrière eux Highfield et Weir remettre leur canot à l'eau, y monter, essayer de garder leur équilibre, puis chavirer dans les flots! Cependants, tout s'est terminé pour le mieux; les "naufragés" ont récupéré tout leur matériel, y compris la plus précieuse possession de notre camarade Weir: sa canne à pêche. Les amateurs de photos ont pu s'en donner à coeur joie et croquer sur le vif, ces expéditionnistes tout trempés qui se regroupaient sur un gros rocher, non loin du lieu du "naufrage".

Le mercredi, un long portage de 1580 mètres (1 mille), qui nous a permis de nous soustraire au danger que présentaient les rapides de "Crooked Chute", a achevé de gruger nos forces, en début d'après-midi. Nous ne demandions plus qu'à ériger notre camp. La température se réchauffait, aussi le groupe s'est-il partagé en deux. Une moitié est allée à la pêche, tandis que l'autre s'est permis une baignade rafraîchissante. Pendant ce temps, Highfield et Weir en ont profité pour mettre leurs vêtements à sécher. La pêche a été bonne. Le lendement matin, au petit déjeuner, le brocheton était au menu, ainsi que l'omelette au jambon (vivre conditionnés).

Le jeudi s'est révélé notre journée la plus chargée. En effet, nous avons parcouru plus de 10 milles en très peu de temps. Nous avons réussi à descendre la plupart des rapides, aussi les portages ont-ils été moins nombreux. Pourtant, une fois encore, Highfield et Weir ont trouvé le moyen de faire une autre baignade forcée, la plupart de leurs compagnons parvenant quant à eux à ne se mouiller que jusqu'aux genoux.

Chemin faisant, nous avons pu contempler tristement les débris de trois canots restés sur les lieux après une tragédie de l'onde. Une croix se dressait à proximité; là, quelques années auparavant, un amateur de cannotage avait perdu la vie. Ces symboles saisissants nous ont rappelé la gravité du danger qui guette à tout instant quiconque ose s'aventurer dans des eaux inconnues. L'adjum Deloughery gardait constamment sa carte à portée de la main . . . . il faisait montre de beaucoup de prudence lorsqu'il s'agissait pour lui de déterminer à quel rapide nous allions nous mesurer . . .

Le spectacle qui s'offrait à nous au long de la rivière était grandiose: de nombreux arbres s'étaient paré de leurs couleurs d'automne . . . tout était si paisible, préservé de l'empreinte de l'homme. Nous avons gardé un souvenir impérissable des majestueuses falaises de la "Natch", qui se dressent à 100 mètres. Ce qu'on peut se sentir petit à proximité d'un tel massif!

The view along the river was very spectacular with many of the trees in their fall colours and the park so peaceful and untouched by man. Particularly majestic were the 100 metre high cliffs of the Natch, making us feel so small in our canoes travelling along their base.

By Thursday night we were getting quite used to the ration packs, having been treated to swiss steak, sweet and sour pork and rice all spiced up with special sauces created by the chefs Deloughery, Pomroy and Bibeau making the meals quite unique and tasty. On Thursday night, after swimming and fishing, we even had a pot of hot popcorn along with our hot brew and supply of incredible fish and wild bear stories.

Friday we travelled at a leisurely pace, fishing as we went and traversing a series of lakes to reach our destination at McManus Lake, where we had a vehicle with fresh supplies waiting for us. The campsite was the best yet, complete with our own private sandy beach. A party was quickly sent to recover one of the most important provisions waiting for us in the truck; a 600 oz "beach ball" containing beer specially imported from Sudbury. Needless to say, by the next day we had one large empty beach ball to use as a bobber for fishing.

The site was so pleasant that we spent two evenings there, Friday and Saturday. On Saturday everyone slept in and once again we had fresh eggs for breakfast and Deloughery's homemade soup for lunch.

By Saturday night nearly everyone had some kind of a muskie story to tell, with bait ranging from worms to Weir's giant bull frog. Bouris and Weir were so caught up with the fishing bug that they even navigated a set of rapids, after dark, to get back to camp from "that great little fishing spot" they had seen along the previous day's trip. Pickerel, bass and catfish were the more common catches. Merkley found out the hard way that water and naptha gas look alike but don't taste alike and certainly don't act the same on a fire. The resulting fire ball could be seen and heard for quite a distance.

Sunday was the final day of our trip. We were very fortunate to have been granted special permission to travel further along the Petawawa River out of the provincial park and through the Military Range area. This area was virtually untapped by fishermen. It was here that Weir finally did land that Muskie of which he had been dreaming. It measured in at 33 inches and weighed in at 8 lbs. It certainly put up a fight before it was bear hugged to land by Weir and Highfield. The rapids were now beginning to take their toll with the Highfield canoe springing a slow leak, but all were able to complete the trip which ended in the afternoon at Deloughery's cottage on Black Bay.

Certainly all involved enjoyed their six days in Algonquin Park and the experience gained will be invaluable to all. So now everyone is looking forward to next years trip, with suggestions of the Madawaska River being our next conquest.

Le repas du jeudi soir dégusté, nous n'avions plus rien à redire contre les vivres conditionnés. Pensez donc, nous avions été traités aux "petits oignons": bifteck à la suisse, côtelettes de porc aigres-douces sur riz, le tout rehaussé des sauces épicées à souhait préparées par les chefs Deloughery, Pomroy et Bibeau . . . une expérience culinaire tout à fait unique! Le soir venu, après avoir nagé et pêché, nous avons même eu droit à un traitement de faveur: du mais soufflé bien chaud, accompagné d'une bière "tablette", le tout dégusté pendant que certains d'entre nous y allaient de leurs histoires à dormir debout.

Le vendredi, nous avons poursuivi notre route sans trop nous presser, nous avons traversé une série de lacs où il faisait bon s'adonner à la pêche, avant d'arriver à notre destination: le Lac McManus. Là, un véhicule et des provisions fraîches nous attendaient. Le campement y était formidable. On n'aurait pu demander mieux. On disposait même d'une plage sablonneuse privée. Aussitôt arrivé, on a envoyé un groupe prendre livraison d'une cargaison spécialement importée de Sudbury pour les excursionnistes assoiffés que nous étions. Un "ballon de plage" de 600 onces rempli de bière! Est-il nécessaire de le préciser, avant la fin du jour suivant, notre ballon de plage avait été vidé de son contenu et n'était plus bon qu'à servir de bouée pour la pêche . . .

Cet emplacement était si plaisant que nous y avons passé les vendredi et samedi soirs. Le samedi, après une bonne nuit de sommeil, les oeufs frais étaient au menu du petit déjeuner. Plus tard, Deloughery nous a régalé pour le déjeuner de sa fameuse soupe "à la mode du camp".

Samedi soir, après une formidale et encourageante journée de pêche, tout le monde avait sa petite histoire de pêche à raconter. Bouris et Weir étaient particulièrement gâtés". Il avaient attrapé surtout des brochetons, des perches et des barbottes. Seule ombre au tabelau: Merkley s'est rendu compte, à ses dépens, que l'eau et le napthe ont peut-être la même apparence, mais ils n'ont pas le même goût et ne produisent certainememt pas le même effet au contact du feu. Le spectacle qui en a résulté (une boule de feu projectée en l'air avec grand fracas a pu être aperçue à grande distance) lui restera à la mémoire longtemps.

Le dimanche suivant marquait la fin de notre expédition. Ce jour-là, nous avons eu la chance inouie de pouvoir, grâce à une permission spéciale, pousser plus avant sur la rivière Petawawa, à l'extérieur du parc provincial et dans les limites d'un polygone militaire. Dans ce secteur, peu de chasseurs s'étaient aventurées. C'est là que Weir a afin réussi à capturer le poisson de ses rêves: un maskinongé mesurant 33 pouces et pesant 8 livres. Ce n'est pas sans peine que Weir et Highfield ont réussi à le ramener sur la terre ferme, tant il se débattait. À présent, les canots commencaient à montrer des signes d'usure: celui de Highfield, en particulier, présentait même une petit fissure. Cependant, le voyage s'est terminé sans encombre, le dimanche après-midi au chalet de Deloughery, à Black Bay.

À n'en pas douter, les membres de l'expédition se sont dits enchantés de leur excursion de six jours dans le parc Algonquin, où ils ont pu acquérir une expérience inestimable. À présent, on n'attend plus que l'excursion suivante . . . On a même envisagé de conquérir ultérieurement la rivière Madawaska.

CFDSS Trains Future Base Dental Officers

The third Base Dental Officer Course (8201) was held at the school from the period of 18 Oct to 5 Nov 82. The purpose of the course was to provide officers of the dental classification at the senior captain and junior major level with formal training to prepare them for employment in the position of Base Dental Officer.

Twelve dental officers successfully completed the intense three week course. The highlight of the course was the stimulating one day presentation entitled "Leadership in the Canadian Forces" by Commodore T.A.H. Smith, Senior Naval Reserve Adviser and Senior Training Advisor with Imperial Oil.

The course candidates and CFDSS staff officers celebrated the conclusion of the course with a graduation mess dinner on Thursday 4 Nov. Dr. Ken Pownall, Registrar for the Royal College of Dental Surgeons of Ontario was a distinguished guest at the dinner and the guest of honour was BGen J.N. Wright, Director General Dental Services.

Les futurs dentistes-chef à l'entrainement à l'ESDFC

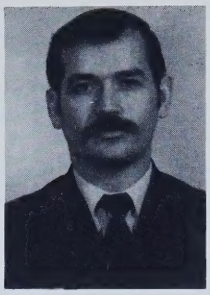
Le troisième cours de dentiste-chef s'est tenu à l'école du 18 Oct au 5 nov 82. Le but du cours est de permettre aux dentistes militaires, majors et capitaines séniors, de se préparer avant de prendre la charge de dentiste-chef.

Les douze candidats ont complété avec succès les trois exigeantes semaines. Le commodore T.A.H. Smith, officier sénior de le réserve maritime et l'instructeur aviseur sénior avec l'Imperial Oil a su émerveiller les étudiants avec le dynamisme de sa présentation sur "L'Esprit du commandement dans les Forces canadiennes".

Les officiers de l'ESDFC et les étudiants ont souligner la fin du cours par un dîner régimentaire le 4 nov. Le bgén J.N. Wright présidait le dîner et le Dr. Ken Pownell, régistraire du Royal College of Dental Surgeons of Ontario a fait un grand honneur d'y assister.

Base Dental Officer Course 8201
18 Oct 82-05 Nov 82
Back Row (L-R) Rangée arrière (G-D):
Maj R.F. Cooper, Maj R.J. MacDonald, Maj K.B. Musselman, Maj D.S. Stosky, Capt D.A. Tingley, Maj E.L. Reid, Maj R.F. Grover
Center Row (L-R) Rangée du Centre (G-D):
Maj J.E.G. Brissette, Capt D.G. Campbell, Maj G.W. Iverson, Maj E.S.C Swan, Maj S.A. Toporowski
Front Row (L-R) Rangée dávant (G-D):
Sgt P.D. Paige, Col J.M. Donely, LCol K.R. Morley, Maj W.B. Wiseman

CASE #1 TECHNIQUE FOR TRITURATING IRM



CAPT E.W. SAMBORSKI*

INTRODUCTION

Handling intermediate restorative material is time consuming, awkward, messy and wasteful if done conventionally i.e. by spatulation. The final result lacks consistency in both texture and amount, resulting from all the variables such as ratio mixed, time mixed, moisture content and even the spatulator. All too often the mix is either soupy soft or rock hard. This is difficult to manage and wasteful as some powder is usually discarded.

AIM

The purpose of this article is to propose a standardized technique for handling this material to alleviate most of the above mentioned problems.

MATERIALS REQUIRED

a. one amalgam tirturating capsule without pestle, screw type preferred.

b. quantity of pharmaceutical capsules size 000 (gelatinous type as those used with Tetracycline)

c. the remaining materials are those usually used in the handling of IRM.

TECHNIQUE

1. Separating the empty capsule, you will have a long narrow end that inserts into a short end. Passively fill (without packing) the short end with IRM powder and close the ends together. The capsule can now be set aside for future use (keep dry).

2. When a IRM is needed, open the capsule while maintaining the powder in the longer end. You will find that the powder fills this end only about two thirds.

3. Take the dropper, supplied with the IRM and drop exactly one passive drop of liquid (Eugenol) into the longer narrow end of the capsule. It is important that precisely one drop is used. More liquid will result in a mix which is too thin and less will cause the mix to be too firm.

4. Close the pharmaceutical capsule and insert it into a standard amalgam triturating capsule without the pestle.

5. Simply triturate for 20 seconds. It is advisable to experiment with the time since it varies the texture of the final product. A longer time gives you a harder mix that sets more quickly, i.e. at 20 seconds the IRM will set in about 2 minutes. A formula for different amalgamators is to set the time at twice the trituration time for amalgam.

6. Remove and separate the pharmaceutical capsule. Inside you will find a pea size portion of mixed IRM of a consistency which can be managed with a large plugger without waste.

7. It is important to use a gelatinous capsule similar to that used for Tetracycline bacause all other capsules tried were not resillient enough to stand up to the trituration. Do not attempt to use a capsule more than once.

DISCUSSION

As one can appreciate, this system is short, simple and to the point. Once the IRM is requested by the Dental Officer, he can expect a pea size portion of mixed IRM ready for manageable use within 60 seconds with no variance from mix to mix.

For the dental assistant, there is no spatulation, no guessing as to texture, no clean up and no waste to be discarded.

CONCLUSION

There are many advantages and few disadvantages. The advantages of this method can be best appreciated by trying the spatulating method again once the trituration method has been mastered.

* A graduate of the University of Western Ontario (1978) Capt Samborski, after graduation, was posted to CFB Gagetown until posted to CFB Toronto on 3 Dec 79 where he served until obtaining his release from the CF on 8 Sep 82. He is currently residing in Barrie, Ontario.

HINTS FROM THE FIELD

CASE #2 IRREVERSIBLE HYDROCOLLOID

A clean simple mixing technique

William K. Kwong, D.M.D., * and William H. Chen, D.M.D.**
Washington University, School of Dental Medicine, St. Louis, Mo.

INTRODUCTION

In mixing irreversible hydrocolloid, the objective is to obtain a creamy homogeneous mix with little or no air in critical parts of the impression. Furthermore, the mixing procedure should be clean and time saving. A simple method of preparing irreversible hydrocolloid is described.

PROCEDURE

1. Place three standard scoops of irreversible hydrocolloid into a 6-inch wide nylon autoclave bag.

TRUCS CLINIQUES

CAS #1
UNE NOUVELLE TECHNIQUE DE TRITURATION DES MRI

CAPT E.W. SAMBORSKI*

INTRODUCTION

Quand il y est procédé de la manière habituelle, c'est-à-dire par spatulation, la manipulation des matériaux pour reconstitution intermédiaire (MRI) est lente, fastidieuse et salissante et elle s'accompagne d'un certain gaspillage. Le matériau obtenu par spatulation est rarement d'une consistance uniforme et il est souvent difficile de savoir exactement combien on en obtiendra en raison de toutes les variations qui interviennent; rapport poudre/eau, durée de la spatulation, degré d'humidité et même l'ipérateur. Trop souvent le mélange est soit trop liquide, soit dur comme de la pierre; il est à peine utilisable, ce qui provoque du gaspillage car une partie de la poudre est habituellement jetée au rebut.

OBJECTIF

Dans le présent article, une technique normalisée de préparation de ces matériaux est proposée afin de remédier aux difficultés mentionnées ci-dessus.

MATERIEL

a. une capsule pour trituration de l'amalgame, sans pilon, et du type à vis de préférence;

b. capsules pharmaceutiques de module 000 de type gélatineux, comme celles qui sont utilisées pour la tétracycline;

c. les autres matériaux sont ceux qui servent traditionnellement à préparer les MRI.

LA TECHNIQUE

1. Séparer les deux parties d'une capsule pharmaceutique; remplir passivement (sans tasser) celle (la plus courte) qui s'insère dans l'autre avec de la poudre pour MRI, réassembler les deux parties, et ranger la capsule, au sec, en vue de son utilisation ultérieure.

2. Quand du MRI doit être préparé, ouvrir la capsule en conservant la poudre dans la partie la plus longue. La poudre ne remplit cette partie qu'aux deux-tiers environ.

3. En utilisant le compte-gouttes fourni avec la poudre, laisser tomber une goutte de liquide (eugénol) dans la partie de la capsule qui contient la poudre. Il est important d'y laisser tomber exactement une goutte: une quantité supérieure de liquide délaierait trop la poudre; une quantité inférieure la rendrait trop ferme.

4. Renfermer la capsule et l'insérer dans une capsule pour amalgame standard dont le pilon aura été retiré.

5. Triturer le mélange pendant 20 secondes. Il est conseillé d'adapter cette durée selon l'expérience, étant donné que la texture du MRI obtenu est fonction de la durée de la trituration: si elle est plus prolongée, le mélange durcit plus rapidement: ainsi, après une trituration de 20 secondes, le MRI durcit en 2 minutes. Règle empirique: laisser le MRI dans le vibrateur, quel que soit son type, deux fois plus longtemps que l'amalgame.

6. Retirer la capsule du vibrateur et séparer ses deux parties. Elle contiendra une boulette de MRI, de la dimension d'un pois, dont la consistance permettra de la travailler au gros fouloir, sans déchets.

7. Il est important d'utiliser une capsule gélatineuse semblable à celles qui sont employées pour la tétracycline parce que toutes les autres capsules essayées se sont révélées trop rigides pour résister à la trituration. Ne jamais utiliser la même capsule deux fois.

ANALYSE

Ainsi qu'il ressort de l'explication ci-dessus, cette technique est simple, rapide et directe. Le dentiste qui a besoin de MRI en recevra toujours une boulette de la dimension d'un pois, utilisable dans les 60 secondes, et d'une consistance uniforme.

Pour l'assistant, cette technique élimine toute spatulation, toute surprise causée par la consistance du mélange, tout nettoyage et tous les déchets.

CONCLUSION

Cette technique comporte beaucoup d'avantages et peu d'inconvénients. Il suffit, pour s'en convaincre, de procéder une seule fois, à titre de comparaison, à la préparation de MRI par l'ancienne méthode de triturage!

* Gradué de l'Université de Western Ontario, le capt Samborski fut muté à la BFC Gagetown après sa graduation puis à la BFC Toronto en décembre 79 jusqu'à sa libération en septembre 82. Il demeure présentement à Barrie Ontario.

CAS #2
L'HYDROCOLLOIDE IRRÉVERSIBLE:
une façon simple et propre de le malaxer

William K. Kwong, D.M.D., * and William H. Chen, D.M.D. Université de Wash., École de Médecine dentaire, St-Louis, MO**

INTRODUCTION

L'obtention d'un bon produit, lors du malaxage d'un hydrocolloide irréversible (tel l'alginate), est défini par la préparation d'une pâte homogène, et par l'absence de bulle d'air aux endroits critiques de l'empreinte. Plus encore, la préparation clinique doit se faire proprement et sans perte de temps. Cet article décrit une façon de préparer un hydrocolloide irréversible simplement.

2. Add the corresponding volume of water.

3. Twist the opening of the bag around in such a way as to prevent the contents from escaping.

4. Knead the portion of the bag with the irreversible hydrocolloid briskly with the fingers until a creamy consistency is felt.

5. Cut one corner of the autoclave bag with a pair of scissors, load the hydrocolloid material on the tray by squeezing it out through the snipped opening, and dispose of the bag.

The advantages of this technique are that (1) it requires no cleaning up, (2) the mixing is performed in a closed system so that the powder is not inhaled by the operator, (3) the homogeneity of the mix can be seen and felt, and (4) the operator can load the impression tray in one step so that no layering of irreversible hydrocolloid occurs and air inclusions are minimized.

Published with authorization of the C.V. Mosby Co.

CASE #3
RECOMMENDATIONS FOR USE OF SURGICAL FACE MASKS

(This note was taken from the USAF publication Dental News of Significance and is believed to be of general interest by the editor.)

We have recently surveyed the use of surgical facemasks and offer the following recommendations for your protection and the protection of your patients.

a. On a relatively healthy patient populace, the same facemask may be used by the operator throughout the day. Filtration efficiencies actually improve during usage because of the depth filtration concept that is utilized in facemasks. Moisture contamination does not decrease filtration efficiency of the filtering medium.

b. If a patient has an active URI (upper respiratory track infection), reappoint them. Where a person is in the prodromal (first symptoms) state or has recently had an URI, discard the facemask after treatment of that individual.

c. Facemasks should be worn and left in the operatory. They are not meant to dangle from one's neck or be worn on the forehead while walking around the dental clinic and/or hospital. Contamination should not be spread to other parts of the clinic. At the conclusion of the day, do not stuff them in drawers or lockers for usage tomorrow — DISCARD them.''

PROCEDURE

1. Mettre trois mesures d'hydrocolloide irréversible dans un sac pour stériliser en nylon de 6 pouces de large.

2. Ajouter la quantité d'eau requise.

3. Sceller le sac de façon à éviter que l'eau ou la poudre s'en échappe.

4. Pétrir vivement jusqu'à l'obtention d'une pâte homogène.

5. Couper un coin du sac à l'aide de ciseaux et emplir le porte-empreinte en forcant le matériel par l'ouverture; jeter le sac.

Les avantages de cette technique sont les suivants: (1) on a pas besoin de nettoyer, après l'opération; (2) le malaxage a lieu dans un milieu étanche, évitant à l'opérateur l'inhalation de la poudre; (3) l'homogénéité de la pâte peut être vue et palpée, et (4) l'opérateur peut emplir le porte-empreinte dans une étape, il n'y a pas d'addition donc moins de chance d'entrapper d'air entre les couches d'hydrocolloide.

Reproduction avec la permission de C.V. Mosby Co.

CAS #3
RECOMMANDATIONS LORS DE L'UTILISATION DU MASQUE CHIRURGICAL

(Cette note provient d'une publication des forces de l'air américaines ''Dental News of Significance'', l'éditeur croit qu'elle pourrait servir nos lecteurs.)

Nous avons récemment fait une étude des masque chirurgicaux et suggérons ces recommandations pour la protection de l'opérateur et du patient:

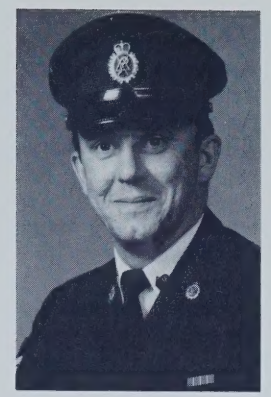
a. Dans le cas où l'opérateur travaille sur une population de patient en bonne santé, il peut guarder le même masque toute la journée. En fait l'efficacité de la filtration s'améliore avec l'usage vu l'utilisation du concept de filtration en profondeur dans ces masques. La contamination par l'humidité n'affecte pas l'efficacité de la filtration du masque.

b. Si le patient présente une infection des voies respiratoires: le réappointer. Si votre patient présente les symptômes d'une infections des voies respiratoires en voie de guérison ou des sympotômes précurseurs: changer de masque après le traitement de cet individu.

c. Les masques que l'on porte doivent demeurer dans la salle opératoire. Ils n'ont pas été crée pour parader à travers les hopitaux ou les cliniques dentaires au cou ou sur la tête des opérateurs. La contamination ne doit pas être communiquée aux autres salles opératoires. A la fin de la journée éviter de remplir vos tiroirs ou vos armoires en accumulant les masques usagés: jetez les!

OCCUPATIONAL HEALTH HAZARD FOR DENTAL PERSONNEL

Inhalation exposure Respiratory hazards



LES RISQUES PROFESSIONNELS DU PERSONNEL DENTAIRE

Exposition à l'inhalation Dangers respiratoires

*WO J.G. HUGHES CD (Retired)**

INTRODUCTION

Have you been feeling down lately? No real get up and go? Perhpas it is that persistant cold you can't seem to shake. Possibly, you may be responsible for your own ill feelings!

The profession of dentistry has made enormous strides in the repair of teeth in the past ten years, largely due to the techniques involving modern equipment. The high speed drill, developing up to 500,000 rpm's, creates a far greater amount of dust and aerosol contaminants than did the drills of a few years ago which operated between five and six thousand rpm's. Working as close to the patient as dentists, hygienists and assistants do, these contaminants can represent a serious health hazard, because of constant exposure.

SOURCES OF HAZARD TO UPPER RESPIRATORY TRACT

The modern dental operatory and laboratory are probably unique in regard to the total number and diversity of animate and inanimate particulate contaminants that are generated into the environment. Airborne contaminants are known to aggravate respiratory ailments. Inhaled foreign substances can irritate lung and bronchial tissues.

Generally, the dental staff appears to be most susceptible to respiratory disease during clinical years at school or early years in practice. During this time, dental personnel demonstrate increased rates of respiratory infections, conjuctivitis, and blepharitis. Later, however, the dental personnel seem to develop immunity to the low-grade pathogens circulating within this community and the rate of respiratory infection is similar to, or lower than, other occupational groups.

*WO Hughes joined the military 8 Jul 59 in the Royal Canadian Army Service Corps. In October 1966 he remustered to the Dental Assistant trade, and served in 14 Dental Unit, and 11 Dental Unit prior to his posting to the NDHQ clinic in downtown Ottawa. WO Hughes took his release in 1979 and moved to Kimberly, B.C. where he commenced a second career.

l'adj J.G. Hughes CD (à la retraite)

INTRODUCTION

Êtes-vous déprimé depuis quelque temps? Avez-vous l'impression que vous manquez d'énergie? Cela est peut-être dû à ce rhume persistant dont vous n'arrivez pas à vous débarrasser. Vous êtes peut-être responsable de ce sentiment d'abattement que vous ressentez!

Depuis une dizaine d'années, la dentisterie a fait d'énormes progrès dans la lutte contre la carie, grâce surtout à l'apparition de nouvelles techniques rendues possibles par le matériel moderne. Le foret haute vitesse, qui peut tourner jusqu'à 500 000 tours à la minute produit beaucoup plus de poussière et de contaminants en suspension dans l'air que les forets d'il y a quelques années qui ne fonctionnaient qu'à cinq ou six mille tours minute. Les dentistes, les hygiénistes et les assistants dentaires qui travaillent à proximité immédiate des patients sont constamment exposés à des agents contaminants qui peuvent présenter un grave danger pour leur santé;

SOURCES DE DANGER POUR LES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES

Le poste de traitement et le laboratoire dentaire modernes sont probablement uniques en leur genre en ce qui concerne le nombre total et la diversité des particules contaminantes animées et inanimées qui sont projetées dans l'environnement. Il est bien connu que la contamination de l'air aggrave les maladies respiratoires. Les corps étrangers inhalés peuvent en effet irriter les tissus pulmonaires et bronchiques.

Il semble qu'en général le personnel dentaire est surtout susceptible aux maladies respiratoires pendant les années d'études cliniques à la faculté de dentisterie ou au début de la pratique de la profession. Il apparaît que pendant cette période il est atteint beaucoup plus souvent

*L'adj Hughes a joint les forces canadiennes le 8 juillet 59 avec le Royal Canadian Army Service Corps. En octobre 66 il change pour le métier d'assistant dentaire. Il sert dans la 14ième et la 11ième unité dentaire avant son affectation à la clinique du QGDN. L'adjudant Hughes s'est retiré en 1979 et s'est établi à Kimberly, C.B. ou il a débuté une nouvelle carrière.

However, dental staff are susceptible to new strains of organisms (such as influenza virus) that are periodically prevalent. The principal dangers, however, are the infrequent but severe conditions such as infection by the tubercle bacilius, hepatitis virus, herpes virus and mercury vapour toxicity.

SIZE OF PARTICLES

Particles consisting of or conveying micro-organisms, irritants, allergens, or other toxic materials can be atomized into the air during dental procedures. The use of rotating cutting, grinding or polishing instruments and the application of air and water sprays are of particular importance in generating and dispensing airborne contaminants. Aerosols consist of particles of fine enough size and low settling velocity that they remain airborne for long periods. Aerosol particles are usually less than 50 microns in diameter and are invisible under normal lighting conditions. They follow air currents, travel from room to room via conventional ventilation systems, and are inhaled during normal breathing. Of particular interest as infective or irritating agents are aerosol particles with diameters of five microns or less, as these can be impinged on the terminal bronchiole and alveoli of the lung.

EXAMPLE

In a controlled environment room fitted as a dental operatory, splatter patterns were measured for cutting a cavity preparation using a 557 bur in an air turbine handpiece with water spray coolant, for polishing a restoration using a bristle disk, and for cleaning an operating field using air-water spray from a three-way syringe. Each of the three dental procedures illustrated produced bacterial splatter concentrations of the same order of magnitude as a direct sneeze.

It is safe to assume that naso-oral activities such as sneezing and coughing would not be tolerated at very close distances by anyone conscious of the most rudimentary principles of personal hygiene and sanitation. The dental team, however, is exposed to a continual barrage of bacterial and viral aerosols and splatter while practicing dentistry.

WATER SUPPLY OF DENTAL UNIT

Bacteria can proliferate rapidly in the dental unit water lines and then be dispersed into the air during use of the air turbine handpiece and the three way syringe. Microbiological samples indicate that organisms typical of those found in the mouth (Streptococcus mutans, Streptococcus salivarius, and enterococci) are usually among the water line bacteria. Contamination usually occurs by backflow or contiguous growth of oral bacteria from the contaminated ends of dental handpieces and syringes. The bacterial accumulations in water sprays emanating from dental units can be massive (over 300 to 1,000,000 bacteria per milliliter of water), especially when the equipment is first used in the morning.

OTHER AIRBORNE CONTAMINANTS

Other substances generated into the atmosphere during dental procedures include tissue fragments, oil droplets, metal silica, resin material particles and mercury vapour. Although the crystalline apatites which make up tooth structure have not been shown to produce pathogenic effects in the lungs, inhalation of foreign tissue components could produce conditions conducive to future sensitivity reactions.

Silica and cobalt particles (formed when cutting or polishing partial dentures) and oil droplets, however, are known to produce fibrous tissue reactions in the lungs, and inhalation of these substances should be as infrequent as possible.

Mercury vapour contamination is potentially a more serious problem. During the grinding and polishing of amalgam restorations mercury vapour and particulate aerosols are generated. Although the mercury content of the general air within operatories appears to remain relatively low, air samples taken 8 to 12 inches from a patients mouth demonstrate values of mercury vapour in excess of acceptable concentrations. Mercury is readily absorbed by the body in its vapour form and produces toxic reactions from chronic exposure. Symptoms of chronic mercury intoxication include headaches, irritability, insomnia, respiratory irritation, and fine hand tremors. Although the actual occurrence of mercury poisoning among dental personnel appears rare, more cases than are reported may exist. Symptoms can take years to develop, and the toxicity is often difficult to diagnose.

The effects of airborne contaminants in dental operatories on the health of dental personnel remain uncertain. Individual cases have been reported, but there is no definite epidemiological evidence of increased respiratory disease among dentists. Nevertheless, it is prudent for dental personnel to employ available methods of protection to reduce the possibilities of disease from airborne contaminants associated with their work.

SIMPLIFIED METHODS OF PROTECTION

As a general rule, elective dental treatment should not be performed on a patient suffering from a respiratory infection. When emergency treatment is required, the dental team should use every precaution available.

PROCEDURE MODIFICATION

The armamentarium methods used by personnel during dental operations should be reviewed, and where feasible, efforts should be made to eliminate or modify procedures that generate significant concentrations of aerosols and splatter. For example, large rotary disks have been shown to produce extensive levels of airborne contamination. Finishing burs, rubber points, and other small instruments should be considered as substitutes for large disks and brushes. Cotton pellets or gauze pads can often be used in place of blasts from the air-water syringe to clean and dry teeth and soft tissues. Dry field operations using the rubber dam or cotton rolls to isolate the work area can also reduce bacterial aerosol and splatter formation.

To decrease the possibility of mercury vapour dispersion, excess mercury and scrap amalgam should be expressed into a container (which can then be closed) containing oil or glycerine, not water.

d'infections respiratoires, de conjonctivite et de blépharite. Il semble cependant acquérir ensuite une immunité contre les pathogènes peu dangereux qui circulent dans cet environnement et la fréquence de ses infections respiratoires est semblable ou même inférieurs à celle des autres groupes professionnels.

Cependant, le personnel dentaire est susceptible à de nouvelles souches d'organismes (par exemple le virus de la grippe) qui apparaissent de temps à autre. Les dangers les plus graves, quoiqu'infréquents, sont ceux qui résultent d'infections graves par la bacille de la tuberculose, le virus de l'hépatite, le virus herpétique et de l'action toxique des vapeurs de mercure.

DIMENSION DES PARTICULES

Les particules composées ou chargées de micro-organismes, d'irritants, d'allergènes ou d'autres matières toxiques sont souvent atomisées dans l'air pendant les procédures dentaires. L'utilisation d'instruments rotatifs de découpage, de meulage ou de polissage ainsi que les jets d'air et d'eau constituent les principales sources de génération de contaminants et de leur projection dans l'air. Les aérosols se composent de particules qui sont suffisamment minuscules et qui se déposent assez lentement pour rester dans l'air pendant de longues périodes. Le diamètre de ces particules est généralement inférieur à 50 microns et elles sont invisibles dans les conditions d'éclairage normales. Elles suivent les courants d'air, voyagent d'une pièce à une autre à travers les circuits de ventilation et sont inhalées pendant la respiration normale. Les particules dont le diamètre est inférieur ou égal à cinq microns sont particulièrement infectieuses ou irritantes étant donné qu'elles peuvent atteindre les bronchioles terminales et les alvéoles pulmonaires.

EXEMPLE

Dans une salle à environnement contrôlé utilisée comme poste opératoire dentaire, il a été procédé à la mesure des éclaboussures provoquées pendant le découpage au moyen d'une fraise 557 dans une pièce à main de turbine à air comportant un jet d'eau de refroidissement, pendant le polissage d'une restauration au moyen d'un disque à soie et pendant le nettoyage du champ opératoire au moyen du jet d'eau d'une seringue à trois voies. A l'occasion de chacune de ces procédures dentaires, la concentration des bactéries dans les éclaboussures était du même ordre que dans les projections d'un éternuement.

Il est bien évident que quiconque est conscient des principes les plus élémentaires de l'hygiène personnelle et de la salubrité ne tolèrerait pas d'être exposé aux projections naso-buccales provoquées par un éternuement ou une quinte de toux. Or, l'équipe dentaire est soumise dans ses activités journalières à un barrage continu d'aérosols et d'éclaboussures contenant des bactéries et des virus.

CONDUITES D'EAU DE L'ÉQUIPEMENT DENTAIRE

Il arrive souvent que des bactéries prolifèrent rapidement dans les conduites d'eau de l'équipement dentaire et qu'elles soient ensuite dispersées dans l'air au moment où les pièces à main de la turbine à air et la seringue à trois voies sont utilisées. Des prélèvements microbiologiques ont montré que les bactéries qui se trouvent dans les conduites d'eau sont dans leur grande majorité, les mêmes que celles qui habitent la bouche (Streptococcus mutans, Streptococcus salivarius et Enterococcus). La contamination se produit habituellement par refoulement ou propagation de bactéries buccales concentrées à l'extrémité contaminée des pièces à main dentaires et des seringues. L'accumulation bactérienne dans les jets d'eau provenant de l'équipement dentaire peut être massive (de 300 à 1 000 000 de bactéries par millimètre cube d'eau), surtout lorsque l'équipement est utilisé pour la première fois le matin.

AUTRES CONTAMINANTS DE L'AIR

D'autres substances sont projetées dans l'atmosphère pendant les procédures dentaires, notamment: fragments de tissus, gouttelettes d'huile, silice, particules de résine et vapeurs de mercure. Bien qu'il n'ait jamais été démontré que les apatites cristallines qui composent la majeure partie de la structure dentaire n'ont aucun effet pathogène sur les poumons, l'inhalation d'éléments de tissus étrangers peut être à l'origine de réactions de sensibilité futures.

En revanche, il est bien connu que les particules de silice et de cobalt (produites par le découpage ou le polissage des dentiers partiels) produisent des réactions des tissus fibreux du poumon et qu'il faut éviter le plus possible d'inhaler.

La contamination par les vapeurs de mercure présente des risques bien plus graves. Le meulage et le polissage des restaurations à l'amalgame produisent des vapeurs de mercure et des aérosols contenant de nombreuses particules. Bien que la teneur en mercure de l'atmosphère des postes opératoires semble rester relativement faible, des prélèvements d'air obtenus à une distance de 8 à 12 pouces de la bouche des patients contiennent des concentrations de vapeur de mercure d'un niveau non acceptable. L'organisme absorbe facilement le mercure et l'exposition chronique à ses vapeurs forme et produit des réactions toxiques. Les symptômes de cette intoxication sont: maux de tête, irritabilité, insomnie, irritation respiratoire et léger tremblement des mains. Bien que l'empoisonnement au mercure du personnel dentaire semble assez rare, il est possible que tous les cas ne soient pas rapportés. Les symptômes n'apparaissent parfois qu'après de nombreuses années et la toxicité est souvent difficile à diagnostiquer.

Les effets sur la santé du personnel dentaire des contaminants de l'atmosphère des postes opératoire sont encore mal connus. Bien que des cas individuels aient été rapportés, aucune étude épidémiologique n'a confirmé que les maladies respiratoires sont plus fréquentes chez les dentistes. Il est cependant prudent pour le personnel dentaire d'utiliser toutes les méthodes de protection possibles pour réduire les risques de maladie provoquée par la contamination de l'atmosphère de leur poste de travail.

MÉTHODES DE PROTECTION SIMPLES

En règle générale, il faut éviter le traitement électif des patients qui souffrent d'une infection respiratoire. Lorsqu'un traitement d'urgence est nécessaire, l'équipe dentaire doit prendre toutes les précautions possibles.

Large amalgam restorations to be removed should be taken out in sections rather than "dissolved" with the high speed drill. The use of water spray with the handpiece will also decrease mercury vapour production and is indicated when amalgam restorations are being removed.

PRE-OPERATIVE ORAL HYGIENE

The quantity of micro-organisms and debris expelled into the air during dental procedures can also be reduced by providing a more hygienic field of operation prior to the initiation of restorative work. This can be accomplished in the treatment room by having the patient brush or rinse with an antimicrobial solution (mouthwash). Three 10-second mouth wash rinses can provide approximately a 90 percent reduction in bacteria in aerosols and splatter produced during dental procedures. It is important that the oral hygiene procedures be conducted within a short period before the dental procedures begin, since the original bacterial concentrations will gradually re-establish.

CONTROL OF BACTERIA IN DENTAL UNIT WATER LINES

Bacterial concentrations in the water from dental units can be reduced by approximately 98 percent by flushing the water lines (by running the handpiece or syringe) for two minutes prior to daily use. Care must be taken not to generate aerosols when flushing the units (wrapping the handpiece in a gauze 2x2 will eliminate the aerosol problem).

HIGH VELOCITY SUCTION

Aerosols and vapours can be largely restricted to the patients mouth and eliminated by the use of high velocity suction. Reductions of over 99 percent in aerosol particle dispersion are observed when suction is utilized properly. Since air is induced to flow into the oral cavity, most of the aerosols and vapours generated by dental procedures are evacuated. To be effective, the suction tip must be maintained well within the mouth and must remain unobstructed during the course of the dental procedure. The suction tip should not be employed to clear tissue or remove saliva while the aerosol generating activity is progressing. The suction apparatus selected should not discharge into the operatory or dental suite.

SURGICAL MASKS

Microbial aerosols and splatter should be inhibited from landing on the face and in the eyes and from contaminating the respiratory tract of dental personnel. Glasses, and most types of surgical masks provide a mechanical barrier, protecting the eyes, nose, and mouth from splatter droplets. The "Aseptex" mask is approximately 45 percent effective in filtering particles from the air. "Deseret" by C.R. Bard Inc., Murray Hill, N.J. and "Filtron" by 3M Co., St Paul, Minn are both rated at 99 percent effective in filtrating particles from the air.

CONTROL PROCEDURES DURING USE OF THE DENTAL LATHE

The pumice lathe used in dental clinics and laboratories is also responsible for the generation of large quantities of aerosol splatter. The unhygienic practice of using the same rag wheel and pumice for polishing the dentures of many patients prompted a survey of commercial laboratory and private dental office pumice reservoirs wherein bacterial concentrations of 140,000 to 300 million bacteria per ml were found. One set of dentures taken from a patient's mouth contributed approximately 10 million bacteria to pumice pool, and aerosols generated during the polishing operation reached 10,000 bacteria per cubic foot of air at chest level of the lathe operator.

Adequate lathe vacuum and plexiglass shields attached to the lathe apparatus can produce important reductions in the dispersion of these contaminants. To be effective, the vacuum source should draw air at the rate of approximately 300 lin/ft/minute as measured at the pumice wheel. The area of vacuum should be large enough to encompass the entire polishing wheel. In one study, the lathe vacuum resulted in a reduction of 95 percent in aerosol dispersion and 80 percent in splatter.

The bacterial concentration of the pumice in the lathe pan increases rapidly when crowns or appliances taken directly from the patient's mouth are polished. To prevent cross-contamination of patients and their dentures, obtain a half-dozen rag wheels, sterilize them between patient use, and use pumice dispensed in a paper cup. Wash the pumice pan out often. Never use pumice from the pan. The lathe operator should also wear a surgical face mask to prevent inhalation of aerosol particles, and protective glasses to reduce the possibilities of eye contact with splatters.

SUMMARY

Although further epidemiological surveys of dental personnel are needed to define actual disease rates more clearly, the application of proven measure for office air hygiene should not be delayed. There is sufficient evidence to conclude that air contaminants generated during dental procedures are potential health hazards, and it is only reasonable that dental personnel prevent repeated exposure to these conditions.

The production of air contaminants can be appreciably reduced by eliminating or modifying procedures known to be serious offenders. The application of pre-operative oral hygiene by the patient and disinfection of dental unit water lines is also recommended. Mercury and amalgam should be handled carefully to minimize vaporization. Dramatic reductions in the dispersion of aerosols and vapors from a patient's mouth can be effected by the proper use of high velocity suction. Once formed, contaminants can be inhibited from reaching the respiratory tracts of personnel by the use of effective surgical masks. Splatter particles can be deflected by eyeglasses or face shields. Vacuum and shields used with the dental lathe reduce the formation of contaminants during laboratory procedures.

The methods described above are simple to utilize and can be applied to the specific needs of individual practices. Long-range efforts are also needed in the design and manufacture of dental instruments that are effective and yet do not generate contaminants in the dental office. Also, ventilation systems designed for dental suites should provide sufficient quantities of filtered air changes to help maintain a sanitary environment.

MODIFICATION DES PROCÉDURES

Il convient de réviser les modes opératoires appliqués par le personnel pendant les opérations dentaires, et, lorsque c'est possible, il faudrait s'efforcer d'éliminer ou de modifier les procédures qui produisent des aérosols et des éclaboussures. Il a été démontré par exemple que les meules rotatives de grand diamètre provoquent une importante contamination de l'atmosphère. Il faut donc envisager de remplacer les disques et les brosses de grand diamètre par des fraises à finir, des pointes de caoutchouc et d'autres petits instruments. On peut souvent utiliser des boulettes de coton ou des coussinets de gaze pour nettoyer et sécher les dents et les tissus mous au lieu de les asperger à l'eau. Le recours à des digues de caoutchouc ou à des tampons de coton pour assécher et isoler le champ opératoire peut également empêcher la formation d'aérosols et d'éclaboussures contenant des bactéries.

Pour réduire les risques d'émanations de vapeur de mercure, les déchets de mercure et d'amalgame devraient être recueillis dans un récipent (qui serait ensuite bouché) contenant de l'huile ou de la glycérine mais jamais de l'eau.

Les restaurations volumineuses en amalgame qui doivent être extraites devraient être sectionnées plutôt que "dissoutes" au foret grande vitesse. L'utilisation combinée du jet d'eau et de la pièce à main diminue elle aussi les émanations de vapeur de mercure et elle est recommandée pour l'extraction des restaurations à l'amalgame.

HYGIÈNE BUCCALE ET OPÉRATOIRE

Il est possible aussi de réduire le nombre des micro-organismes et des débris qui sont projetés dans l'air pendant les procédures dentaires en améliorant la propreté du champ opératoire avant le début du travail de reconstitution. Cette préparation peut être faite dans la salle de traitement en demandant au patient de se brosser les dents ou de se rincer la bouche avec une solution antimicrobienne. Un brossage de dents d'une minute à l'eau de robinet ou trois rinçages de dix minutes peuvent diminuer d'environ 90% le nombre des bactéries contenues dans les aérosols et les éclaboussures produits pendant les procédures dentaires. Il est important de procéder à ce nettoyage immédiatement avant le début du traitement parce que les niveaux de concentration bactérienne originaux se rétablissent progressivement.

LUTTE CONTRE LES BACTERIES DES CONDUITES D'EAU DE L'ÉQUIPEMENT DENTAIRE

Il est possible de réduire d'environ 98% le nombre des bactéries contenues dans l'eau de l'équipement dentaire en rinçant les conduites (c'est-à-dire en faisant couler la pièce à main ou la seringue) pendant deux minutes avant de commencer à l'utiliser le matin. Il faut prendre soin de ne pas créer d'aérosol au moment du rinçage (par exemple en enveloppant la pièce à main dans un tampon de gaze de 2 x 2).

ASPIRATION GRANDE VITESSE

L'aspiration grande vitesse permet d'éviter presque entièrement que les aérosols et les vapeurs s'échappent de la bouche du patient, et de les éliminer. Il a été observé que l'utilisation judicieuse de l'aspirateur permet de réduire de plus de 99% la dispersion des particules d'aérosol. Etant donné que l'air est injecté sous pression dans la cavité buccale, la plupart des aérosols et des vapeurs engendrés par les procédures dentaires sont ainsi aspirés. Pour que la canule de la pompe à salive fonctionne efficacement, il faut la maintenir profondément dans la bouche et s'assurer qu'elle n'est pas obstruée pendant la procédure dentaire. Il ne faut pas utiliser la canule pour éliminer les tissus ou la salive pendant que l'activité qui provoque l'aérosol est en cours. La sortie de l'appareil d'aspiration ne devrait pas se trouver à l'intérieur du poste opératoire ou du cabinet dentaire.

MASQUES CHIRURGICAUX

Il convient d'éviter que les aérosols et les éclaboussures qui s'échappent tout de même dans l'atmosphère entrent en contact avec le visage, les yeux et l'appareil respiratoire du personnel dentaire. Des lunettes et la plupart des masques chirurgicaux constituent une barrière mécanique satisfaisante pour la protection des yeux, du nez et de la bouche. Le masque "Aseptex" filtre avec une efficacité d'environ 45% les particules qui se trouvent dans l'air. Les masques "Deseret" vendus par C.R. Barde Inc., de Murray Hill (New Jersey) et "Filtron" fabriqués par la 3M, de St. Paul (Minnesota) ont tous deux une efficacité évaluée à 99%.

MESURES DE PROTECTION PENDANT L'UTILISATION DU TOUR DENTAIRE

Le tour à pierre ponce utilisé dans les cliniques et laboratoires dentaires produit lui aussi de fortes quantités d'éclaboussures. L'usage peu hygiénique consistant à utiliser la même meule pour polir les dentiers de nombreux patients a fait l'objet d'une enquête dans les laboratoires commerciaux et les cabinets privés où des concentrations de 140 000 à 300 millions de bactéries par millilitre ont parfois été mesurées dans les bacs où la pierre ponce utilisée est recueillie. Une paire de dentiers provenant du même patient a augmenté à elle seule d'environ 10 millions le nombre de bactéries contenues dans le bac, et les aérosols engendrés pendant ce polissage contenaient 10 000 bactéries par pied cube d'air au niveau de la poitrine de l'opérateur.

Des écrans en plexiglass et des pompes à vide montés sur le tour permettent d'obtenir une forte réduction de la dispersion de ces contaminants. Pour être efficace, la pompe à vide doit aspirer à la vitesse d'environ 300 pieds linéaires à la minute au niveau de la meule émeri. Il faut que le vide soit produit autour de la meule. Dans une étude, le vide autour de la meule a permis de réduire de 95% la dispersion de l'aérosol et de 80% les éclaboussures.

La concentration bactérienne de la pierre ponce dans le bac du tour augmente rapidement pendant le polissage des couronnes ou des prothèses extraites directement de la bouche du patient. Pour éviter la contamination croisée des patients et de leurs dentiers, il faut utiliser une demi-douzaine de meules, les stériliser entre chaque patient et utiliser de la pierre ponce distribuée dans un gobelet en papier. Le bac à pierre ponce doit être lavé très souvent (tous les jours). Il ne faut jamais employer directement la pierre ponce qu'il contient. L'opérateur doit aussi porter un masque chirurgical pour éviter d'inhaler les particules d'aérosol et des lunettes de protection pour éviter le plus possible que ses yeux soient éclaboussés.

CONCLUSION

As discussed in this article, it is each and everyones responsibility to follow good hygienic procedures. Not only are you protecting your patients, but you are also protecting yourself.

REFERENCES

1. *Frick J.R. Infection Disease Hazards — North Carolina Dental Journal P. 10-12 and 25 Jan 73*
2. *Roydhouse R.H., Occupational Hazards in Dental Offices: A Review The Canadian Dental Hygienist, Vol. 12 No. 1 Spring 78 P. 18-22*
3. *Timbrell V., Eccles J.D. Respirability of Aerosols Tour of Dentistry Vol. 2/No. 1 P. 21-31*
4. *Von Krammer K. High Speed Equipment and Health J. Prosth Dent Vol 19 No. 1 P. 46-49 Jan 68*
5. *Pothmann and Bars J. Dangers Caused by Water Spray, Quintessence International 8/77 P. 90*
6. *Micik R.E., Miller R.L. Simplified Protection from Airborne Contaminants for the Dental Operating Team — Kilpatricks Work Simplicication 1974 P. 471-482*

RÉSUMÉ

Bien que d'autres études épidémiologiques du personnel dentaire soient nécessaires pour définir avec plus de précision leur susceptibilité à certaines maladies, il faut prendre sans tarder toutes les mesures qui permettent d'améliorer la qualité de l'air du cabinet dentaire. Les observations actuelles justifient à conclure que les contaminants de l'air engendrés pendant les procédures dentaires sont souvent dangereuses pour la santé et il serait donc raisonnable que le personnel dentaire évite l'exposition répétée à la contamination.

La production de contaminants de l'air peut être nettement réduite grâce à l'élimination de certaines procédures que l'on sait dangereuses ou à leur modification. L'adoption de mesures d'hygiène buccale pré-opératoires par le patient et la désinfection des conduites d'eau des unités dentaires sont également recommandées. Le mercure et l'amalgame doivent être manipulés avec soin pour réduire le plus possible leur vaporisation. L'utilisation judicieuse des pompes à salive grande vitesse permet de réduire spectaculairement la dispersion des aérosols et des vapeurs qui s'accumulent dans la bouche des patients. Il est possible d'empêcher les contaminants qui se sont formés d'atteindre les voies respiratoires du personnel dentaire en lui faisant porter des masques chirurgicaux efficaces. Les éclaboussures peuvent être réfléchies par des lunettes ou des masques protecteurs. Les écrans et les pompes à vide montés sur les tours inhibent la formation de contaminants pendant les procédures de laboratoire.

Les méthodes décrites ci-dessus sont d'application simple et peuvent être adaptées aux besoins particuliers de chaque cabinet dentaire. Des efforts à long terme doivent être entrepris pour tenter de concevoir et fabriquer des instruments dentaires qui seront efficaces tout en évitant la génération de contaminants au poste opératoire. De plus, les systèmes de ventilation conçus pour les cabinets dentaires devraient assurer une circulation de l'air filtré suffisante pour garantir l'hygiène du lieu de travail.

CONCLUSION

Ainsi qu'il est expliqué dans le présent article, c'est à tous et à chacun de nous qu'il appartient d'utiliser des procédures hygiéniques. Ainsi, nous protègerons non seulement nos patients mais nous nous protègerons nous mêmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Frick, J.R. Infectious Disease Hazards — North Carolina Dental Journal P. 10-12 and 25 Jan 73*
2. *Roydhouse R.H., Occupational Hazards in Dental Offices: A Review The Canadian Dental Hygienist, Vol 12 No. 1 Spring 78 P. 18-22*
3. *Timbrell V., Eccles J.D. Respirability of Aerosols Tour of Dentistry Vol 2 No. 1 P. 21-31*
4. *Von Krammer K. High Speed Equipment and Health J. Prosth Dent Vol 19 No. 1 P 46-49 Jan 68*
5. *Pothmann and Bars J. Dangers Caused by Water Spray, Quintessence International 8/77 P 90*
6. *Micik R.E., Miller R.L. Simplified Protection from Airborne Contaminants for the Dental Operating Team, — Kilpatricks Work Simplification 1974 P. 471-482*

Commendation by Force Commander

Captain Martin Field, CANCON dentist, was presented with the award for his assistance in saving the life of the wife of a member of UNMP Company on 27 August 1982 cites "The Blue Beret", house journal of the United Nations Force in Cyprus.

Mention élogieuse du commandant des forces armées des nations-unies

Le capt Field, dentiste du contingent canadien, a reçu cette mention pour avoir aidé à sauver la vie de l'épouse d'un membre de la compagnie de la PMNU le 27 août 1982 rapporte "The Blue Beret" publication interne des forces des Nations-Unies à Chypre.

A well deserved promotion

Up North, very far from the beaten tracks, lives a detachment of hairy men, with "high-speed" and great courage to face the winter nordic wind. Very seldom has a photographer dared or succeeded in taking a picture of these bearded specimens! We seem to recognize what is left of Maj E. Reid's human face presenting a well deserved promotion to one of the braves; Sgt R. Gallant.

Une promotion bien méritée

Très loin, dans les régions isolées du nord, vit un détachement d'hommes poilus, hommes pleins de courage et aux dents d'acier, pour s'accrocher malgré les vents nordiques qui sévissent. Les photographes ne s'y aventurent que très rarement. Sur cette première, nous pouvons encore reconnaître quelques traits humains du maj E. Reid et du brave sgt. R. Gallant recevant sa promotion.

Promotion to Chief Warrant Officer

CWO Taylor grew up in Trenton, NS and enrolled in the Canadian Forces at Halifax 15 Aug 58 as a soldier apprentice. Subsequent to a posting to Gagetown he was posted to HQ 4CIBG in Soest, Germany where he married his wife Barbara. Pte Taylor joined the RCDC in May 66 on remuster to dental assistant and was employed at CFB Shearwater. He remustered to dental laboratory technician in Aug 67 and on graduation from the Group I course was posted to CFDSS. During his career as a D Lab Tech he served at 35 FDU, CFB Valcartier and is presently the Senior Laboratory Technician in the Central Lab in Victoria, BC.

CWO T.H. Taylor was recently presented with his Chief Warrant Officer scroll by LCol D.G. Jones, Commanding Officer, 11 Dental Unit.

L'adjuc T.H. Taylor a reçu son certificat d'adjutant chef dernièrement des mains du lcol D.G. Jones, Commandant de la 11ième unité dentaire.

Une promotion au rang d'adjutant-chef

L'adjuc Taylor a grandi à Trenton N.E. et a joint les Forces canadiennes comme soldat apprenti le 15 août 58, à Halifax. Il fut affecté de Gagetown au QG de la 4ième GBIC à Soest en Allemagne ou il convola en justes noces Barbara. C'est en mai 66 que le soldat Taylor joint les rangs du CDRC. Il est alors employé comme assistant à Shearwater. Il change de métier pour celui de technicien de laboratoire en août 67. À sa graduation, il est affecté à l'FSDFC. Sa carrière de technicien en laboratoire dentaire l'a amené à la 35ième unité dentaire de campagne, à la BFC Valcartier, et à Victoria C.B., où il est présentement le technicien de laboratoire sénior du laboratoire central.

Presentation of Warrant

CWO Longford's career began in 1958 when he enrolled as a Guardsman in the 1st Bn Canadian Guards. During his service with the Cdn Guards CWO Longford served in Petawawa and Germany and attained the rank of Corporal.

In 1962 he transferred to The Royal Canadian Dental Corps as a Dental Clinical Assistant. After serving as a Dental Clinical Assistant for two years he remustered to Dental Equipment Technician and recently was promoted to CWO within that trade.

CWO Longford during his career in RCDC/CFDS has served in St. Jean, Petawawa, Gagetown, Halifax and Borden. Upon his promotion to CWO he assumed the responsibilities of senior Dental Equipment Technician in the Canadian Forces.

BGen R.D. Leech, BComd, is shown presenting CWO M.D. Longford with his Warrant of Appointment upon his promotion to Chief Warrant Officer.

Le bgén R.D. Leech, présente à adjuc Longford son brevet d'adjudant-chef lors de sa promotion à ce rang.

Promotion à adjutant-chef

L'adjuc Longford a commencé sa carrière en 1958 en s'enrollant avec le premier bataillon des Canadian Guards. Pendant son séjour avec le bataillon, il servit à Petawawa et en Allemagne, et obtient le grade de caporal.

C'est en 1962 qu'il joint les rangs du Corps dentaire royal canadian, comme assistant dentaire. Deux ans plus tard, il change de métier et devient technicien en réparation d'équipement dentaire et c'est comme tel qu'il a reçu sa promotion récemment.

Sa carrière dans le CDRC/SDFC l'a ammené successivement à St-Jean, Petawawa, Gagetown, Halifax et Borden. Sa promotion récente lui permet d'assumer les responsabilités de technicien sénior de l'équipement dentaire pour les Forces canadiennes.

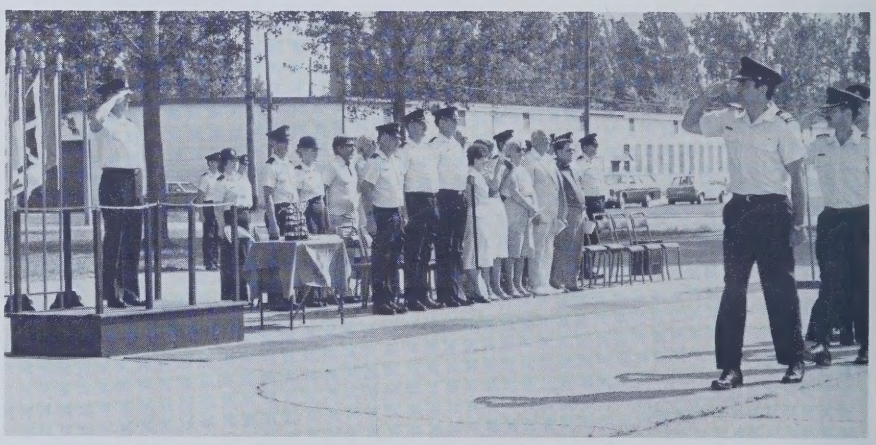
GRADUATION 83

BGen J.N. Wright presents 2Lt R.L. Masuda with the Field Exercise Award. This award is presented to the outstanding candidate during the field exercise.

Le bgén J.N. Wright remet au 2lt R.L. Masuda le Field Exercise Award. Cet honneur est réservé au cadet qui se distingue pendant les exercises en campagne.

BGen J.N. Wright presents 2Lt B.H. Smith with the Honour Cadet Award. This award is presented for highest standing on the course.

Le bgén J.N. Wright a remis au 2lt B.H. Smith le Honour Cadet Award. Ce trophé est destiné au candidat qui obtient le meilleur résultat combiné au cour de la phase trois.



BGen J.N. Wright taking the salute during the marchpast of DOTP Phase III B Course 8201. Maj M.F. Pilon, the Parade Commander, followed by Capt M.J. Hunter, Candidate Platoon Commander, are seen to the right.

Le bgén J.N. Wright retourne le salue de la classe du PFDM, cours 8201, phase trois B. Le major H.F. Pilon, commandant de la parade, est suivi du capitaine M.J. Hunter, commandant le platon des élèves, sur la droite de la photo.

CFDS GOLF TOURNAMENT 1982

TOURNOI DE GOLF DU SDFC 1982

K.M. Baird Trophy
BGen (Ret'd) K.M. Baird presents his trophy (Low Gross) to Maj Wayne Garland

Trophée K.M. Baird
Le bgén (Retraité) K.M. Baird présente le trophée qui porte son nom (pour le meilleur pointage brut) au maj Wayne Garland

Female Golfer — 1st Low Gross
Cpl Sue Brine receives congratulations from LCol E.F. Foley

Meilleur pointage brut chez les golfeuses
Le cpl Sue Brine est félicitée par le lcol E.F. Foley

G.R. Covey Trophy
Col (Ret'd) G.R. Covey presents his trophy (Low Net) to Maj Brad Harper

Trophée G.R. Covey
Le col (Retraité) G.R. Covey présente le trophée qui porte son nom (pour le meilleur pointage net) au maj Brad Harper

Former members 1st Low Net
Blair Pollack receives the award from Col (Ret'd) L.R. Pierce.

Meilleur pointage net chez les anciens militaires
M. Blair Pollack reçoit le trophée des mains du col (Retraité) L.R. Pierce.

Former members 1st Low Gross
Col M. Deyette presents the award to Capt (Ret'd) R. McWade

Meilleur pointage brut chez les anciens militaires
Le col M. Deyette présente le trophée au capt (Retraité) R. McWade.

RCDC(R) Officers' Trophy - Winning team (Low Gross)
BGen J.N. Wright presents the trophy to 13 Unit team members MWO D. Davies, Sgt G. Gosselin and Maj B. Harper

Trophée des officiers du Corps dentaire royal canadien (Force régulière — Équipe gagnante (meilleur pointage brut) — 13e Unité dentaire
Le bgén J.N. Wright présente le trophée aux membres de l'équipe de la 13e Unité dentaire, soit l'adjum D. Davies, le sgt G. Gosselin et le maj B. Harper

The Commanding Officer, 12 Dental Unit, Col H.W. Brogan presents the CFDS plaque to LCol E.L. MacInnis on the occasion of his retirement from the Canadian Forces.

LCol MacInnis began his career in 1958 as a Pte Dental Assistant in the then RCDC and completed his Group 2 and Jr NCO Course before taking his release in 1961. From 1961 until 1964 he attended Saint Francis Xavier University and belonged to the COTC (Armoured Corps). He entered the University of Toronto in 1964 under the Dental Officer Subsidization Plan and upon graduation in 1968 was posted to 12 Dental Unit Detachment Halifax. During his first tour at Halifax he saw employment at the following clinics: Stadacona, Dockyard, Windsor Park, and HMCS BONAVENTURE. In 1972 he was promoted Major and posted to 35 FDU Baden Detachment. In 1974 he was posted to the United States Army Madigan Medical Center, Tacoma, Washington, for oral surgery training and thence, in 1977, to 12 Dental Unit Detachment Halifax as the Oral Surgeon. In Dec 1979 he was promoted LCol and became the B Dent O which role he fulfilled, as well as that of Oral Surgeon, until his retirement. **PHOTO 1**

1

Maj E.W. Graham presents the Canadian Forces Physical Fitness Award to Cpl Randy Hall as LCol M.N. Deyette looks on. The award for aerobic excellence acknowledges the accumulation of 1200 units which were obtained running, swimming and cycling. Six miles on a bicycle earns one unit which indicates the effort required to earn this award.

Cpl Hall has a wide interest in sports including hockey and broomball and is a regular competitor in local road races such as the 20 Kilometer Vancouver Seawall Race and the Comox Valley Road Race. He competed in the Victoria Triathlon 1 Aug 82 which included a six mile run, 21 mile bicycle race and one mile swim and finished in two hours 19 minutes. This is a well deserved award for a very active laboratory technician. **PHOTO 2**

BGen J.N. Wright presents Col (Ret'd) G.R. Covey, new CFDS Colonel Commandant, with his scroll. **PHOTO 3**

Newly promoted LCol P. Levy (R) replaced Major B.R. Taylor (L) as B Dent O of 12 DU Det Gagetown. They proudly stand in front of their new bilingual sign. **PHOTO 4**

4

CFB Bagotville had the honour to be the first to host BGen J.N. Wright as DGDS when he officially "cut the ribbon" at the official opening of the renovated dental clinic. In the usual order, Major Y. Ayotte, B Dent O (now LCol Ayotte DDTS 2), Col F. Bégin, CO 15 DU (now DDTS), BGen J.N. Wright, Col K. Bertrand, Base Commander, Major E. Reid, heir of the new facilities. It is at this historic moment that Major Ayotte asked Gen Wright if he also could run his car with water! **PHOTO 5**

Le commandant de la 12 UD, le colonel H.W. Brogan présente la plaque du SDFC au lcol E.L. MacInnis à l'occasion de sa retraite des Forces canadiennes.

Le lcol MacInnis a commencé sa carrière en 1958 comme assistant dentaire dans le CDRC, il compléta son entraînement de niveau 2 et son cours de chef subalterne avant de prendre sa retraite en 1961. Il reprit ses études à l'Université St-François Xavier jusqu'en 1964. Entre temps il était membre de l'ancien COTC (Armoured Corps). Il entreprit ses études en dentisterie à l'U. de Toronto en 1964 sous l'égide d'un plan d'entraînement pour les dentistes militaires et à sa graduation il fut affecté à Halifax, 12ième unité dentaire. Pendant son séjour il fut employé à Stadacona, Dockyard, Windsor Park et le HMCS BONAVENTURE. En 1972 il fut promu major et transferré à la 35ième unité dentaire, au détachement de Baden Soelingen. En 1974 il est muté à Washington au Centre Médical de Madigan de l'Armée des E.U. à Tacoma ou il entreprend un programme d'étude supérieure en chirurgie maxillo faciale. En 1977 il retourne à Halifax comme chirurgien buccal. En déc 1979 il est promu lieutenant-colonel et devient dentiste-chef, rôle qu'il remplira jusqu'à sa retraite. **PHOTO 1**

Le major E.W. Graham remet au caporal Randy Hall son certificat d'aptitude physique (maître) sous l'oeil inquisiteur du lcol (maintenant colonel M.N. Deyette.) Cette mention pour exploit sportif est décernée à ceux qui peuvent accumuler 1200 unités dans diverses disciplines sportives telles la course, la natation, le cyclisme. Six miles en vélo donnent une unité; ceci nous donne une petite idée des efforts deployés pour mériter ce certificat.

Le caporal Hall a des intérêts diversifiés, il aime pratiquer le hockey et le ballon-balais. Il s'inscrit régulièrement dans les compétitions régionales comme le 20 km du "Vancouver Seawall Race" et du "Comox Valley Road Race". Il a participé au triathlon de Victoria le 1 août 82. Cette compétition comprend une course de six miles à pied, de 21 miles à bycicle et un mile de natation. Il a terminé dans un temps de deux heures et 19 minutes. Il est, comme tous nos techniciens de laboratoire, très actif et courageux, il a bien mérité sa palme! **PHOTO 2**

Le bgén J.N. Wright remet au col (à la retraite) G.R. Covey, le nouveau colonel commandant du SDFC, son brevet honoraire. **PHOTO 3**

Le lcol P. Levy (d), nouvellement promu remplace le major B.R. Taylor (g) comme dentiste-chef au détachement de la 12 UD de Gagetown. À l'arrière plan on peut admirer l'insigne bilingue nouvellement concue. **PHOTO 4**

La BFC de Bagotville a eut l'honneur d'être la première à recevoir la visite du bgén J.N. Wright dans ses nouvelles fonctions de DGSD, pour présider à l'ouverture de la clinique rénovée. Dans l'ordre habituel ou reconnait le maj Y. Ayotte, dent-chef (maintenant lcol, DTD (Soins) 2), le col F. Bégin, OC. 15 UD (maintenant DDTS), le bgén J.N. Wright, le col K. Bertrand, commandant de la base, et le maj E. Reid, futur héritier. On dit que c'est à ce moment historique que le major Ayotte demanda au bgén Wright comment on fait marcher une auto à l'eau! **PHOTO 5**

CFDSS Bonspiel

BGen J.N. Wright, DGDS, throwing the first rock while CFDS members look on. ("Let him who is without sin . . .")

Le bgén J.N. Wright lance la première pierre. ("Que celui qui est sans péché . . . .")

"A" Event Finalists: from left: Team #1 DGDS: BGen W.R. Thompson (Retired); BGen J.N. Wright, DGDS; BGen B.P. Kearney (Retired); BGen K. Baird (Retired); Team #3, 14 DU: Capt N.C. Headley; Capt J.J. Hennessey; Sgt J. Vasek; Cpl J.E. Mattinson.

Les deux équipes de la finale A: de gauche, l'équipe #1 les DGSDs: le bgén W.R. Thompson (à la retraite); le bgén J.N. Wright, DGDS; le bgén B.P. Kearney (à la retraite); le bgén K. Baird (à la retraite); et l'équipe #3 de la 14 UD: le capt N.C. Headley, le capt J.J. Hennessey; le sgt J. Vasek et le cpl J.E. Mattinson.

"A" Event Winners: Col G.R. Covey (Retired), Col Comdt CFDS presenting the Wansborough Trophy to BGen J.N. Wright's team.

Les vainqueurs de la finale A: le col G.R. Covey (à la retraite), Colonel Commandant du SDFC présente le trophé Wansborough au bgén J.N. Wright et à son équipe.

"B" Event Finalists: from left: Team #1, 14 DU MWO J. Frazer; LCol B. Budzinski; Sgt(W) I. Paul, CWO R. Todd, Team #1, CFDSS: CWO H.E. Ayerst; Capt S.A. Becker; MWO R.A. Gayler; Sgt J.R. Levesque.

Les équipes de la finale B: de gauche, l'équipe #1 de la 14 UD, l'adjum J. Fraser; le lcol B. Budzinski; le sgt (F) I. Paul; l'adjuc R. Todd; l'équipe #1 de ESDFC: l'adjuc H.E. Ayerst; le capt S.A. Becker, l'adjum R.A. Gayler, le sgt J.R. Lévesque.

"B" Event Winners: BGen W.R. Thompson (Retired) presenting CWO H.E. Ayerst with the RCDC Trophy.

Les gagnants de la finale B: le bgén W.R. Thompson (à la retraite) présente le trophé du CDRC à l'adjuc H.E. Ayerst.

"Esprit de Corp" in the CFDS. Supporters from 15 Dental Unit displaying their flag.

Les gens de la 15 UD soulignent leur présence par une démonstration unique d'esprit de corps.

Tournoi de curling 83

"C" Event Finalists: from left: Team #1, 35 FDU: Sgt R. Christenson; Capt R. Johnston; Capt G. Cousens; LCol E. Cragg; Team #1, (Retired): Maj K. MacDonald (Retired); Maj G. Ames (Retired); Capt D. Hodges (Retired); LCol H. Amos (Retired).

Les équipes de la finale C: de gauche, l'équipe #1 de la 35 UD camp: le sgt R. Christenson; le capt R. Johnson; le capt G. Cousens; le lcol E. Cragg; l'équipe #1 des retraités; le maj K. Macdonald (à la retraite); le maj G. Ames (à la retraite); le capt D. Hodges (à la retraite); le lcol H. Amos (à la retraite).

"C" Event Winners: CWO L.G. Peverill presents the Warrant Officers' and Senior Non-Commissioned Officers' Trophy to Maj G. Ames (Retired).

Les gagnants de la finale C: l'adjuc L.G. Peverill présente le trophé des officiers non-commissionnés et des adjudants au maj G. Amos (à la retraite).

"D" Event Finalists: CWO L.G. Peverill (Team #2, CFDSS); CWO J. Patterson (Mix & Match Team #2); Mr. E. McFadden (Mix & Match Team #2); Col J.M. Donely (Team #2, CFDSS); LCol C.H. Hawkins (Team #2, CFDSS); Mr. R. Tremblay (Mix & Math Team #2); WO D.L. Bungay (Team #2, CFDSS); Mr. R. Goodwin (Mix & Match Team #2).

Les équipes de la finale D: de gauche, l'adjuc L.G. Peverill (équipe ESDFC #2); l'adjuc J. Patterson (équipe des "restes" #2); M.E. McFadden (équipes des "restes" #2) col J.M. Donely (équipe ESDFC #2); lcol C.H. Hawkins (équipe ESDFC #2); M.R. Tremblay (équipe des "restes" #2) adj D.L. Bunguay (équipe #2 ESDFC); M.R. Goodwin (équipe des "restes" #2).

"D" Event Winners: Mix & Match Team #2.

Les gagnants de la finale D:

Introduction of the head table at the awards banquet by Col J.M. Donely, Comdt CFDSS.

Le mot d'introduction du col J.M. Donely, commandant de ESDFC, lors du banquet de clôture.

BGen Wright attended an investiture at Government House on 24 November 1982 where he was presented with his General Officer Commissioning Scroll by The Governor General The Honorable E.C. Schreyer (. . . at this time, DGDS' car was still running!)

Le 24 novembre 1982, le brigadier-général J.N. Wright assistait à une cérémonie d'investiture à Rideau Hall. À la même occasion l'Honorable E. Schreyer lui remit son Brevet d'officier-général. . . . pendant ce temps, le colonel Bégin courrait toujours après une paire de clefs pour déverrouiller la voiture du DGSD.

Now that he succeeded in moving into a spacious, well lit, comfortable, functional and prestigeous office, Col Begin CO of 15 DU, will reluctantly be handing it over to Col Lanctis. BGen W. Thompson, and Col J. Wright don't seem to mind it at all!

Après avoir deployé tant d'efforts à obtenir un nouveau bureau, spacieux, bien éclairé, confortable, fonctionnel et surtout à la hauteur de son prestige, le col Bégin, O.C. de la 15ième, doit le céder au col Lanctis. Le bgén W. Thompson et le col Wright semblent tout émus!

It is only appropriate that the best "sport" in the unit be suitably recognized. Never having won a trophy from the St. Jean detachment, Col Begin received his much deserved multi-discipline trophy from MWO Audet. (Also called Hope Trophy).

Il va de soi que l'athlète par excellance de l'unité soit dignement souligné. Le col Bégin se voit remettre le Trophé de l'Espérance par l'adjum Audet après avoir réussi l'impossible: aucune victoire dans la multitude des compétitions sportives contre la BFC St-Jean.

After 13 years of residence, studying and serving in Quebec, it is only fitting that these "fleur de lys" accompany Col Begin to NDHQ.

Après y avoir vécu 13 ans il est approprié que le Colonel apporte à Ottawa un peu de la Belle Province!

11 Dental Unit was pleased and honoured to have BGen J.N. Wright visiting from 8-12 Feb. He officially cut the ribbon at the new Chilliwack clinic 9 Feb, toured CFOCS and luncheoned with base officers. The General then travelled to Victoria to address unit personnel, meet members of the Victoria and District Dental Society and attend a mess dinner. It was particularly nice that BGen Wright could renew old acquaintances with Dr John Zaparinuk, a fellow class mate and graduate of the University of Alberta.

La 11ième eut l'honneur et le plaisir de recevoir son DG du 8-12 février 83. Il a coupé le ruban pour officialiser l'ouverture de la nouvelle clinique à Chilliwack, a visité OCSFC et dîner avec les officiers de la base. Le Général s'est ensuite dirigé vers Victoria pour parler au personnel de l'unité, rencontrer les membres de la

Société Dentaire de Victoria et participer à un dîner régimentaire. Le bgén Wright a été particulièrement heureux de revoir un de ses confrères de graduation le docteur John Zaparinuk.

On Friday 26 November 1982, 14 Dental Unit Detachment Calgary officially raised its new CFDS flag for the first time. Col L.A. Richardson, CO 14 Dental Unit and Col H.G. Leitch, DCOMD 1 CBG officiated in the inaugural event as witnessed by the Detachment staff.

Le vendredi 26 novembre 1982, le détachement de Calgary a grée son mât des couleurs du SDFC pour la première fois. Le col L.A. Richardson, OC de la 14ième, et le col H.G. Leitch, OC int. 1 GBC ont officiallisé l'acte par leur présence.

Sgt A.F. Lundstrom, Chief-Clerk at the Division, accepts the first clasp to his C.D. from DGDS.

Le sgt A.F. Lundstrom, commis-chef à la division, accepte la première barre de la D.C. du DGSD.

Retirements - Retraites

A retirement luncheon was held in May 1982 by the CFB Winnipeg Dental Staff and Civilian guests for Mrs. Katie Coombe on her retirement from the Dental Services after 18 years of dedicated service as a HS PHS 5.

Mrs. Coombe received gifts from the Dental Staff and a letter of commendation from the Director General of Dental Services, BGen Thompson, also a certificate of service from the Public Service Commission.

Le personnel dentaire de la BFC Winnipeg et des amis personnels ont honnoré Mme Katie Coombe lors d'un dinner pour souliguer sa retraite des Services dentaires après 18 années de travail assidu comme HS PHS 5.

Mme Coombe a reçu des cadeaux du personnel dentaire une lettre de remerciement du Directeur général des Services dentaires, le bgén Thompson, ainsi qu'un certificat de service de la Commission des Services-publics.

Col A.G. Taylor accepts from BGen R.B. Button, Commandant CFTS, his retirement gift on the completion of 34 years of service with RCDC/CFDS.

Prior to his appointment as Commanding Officer of 13 DU, Col Taylor had experienced many facets of a Canadian dental officer's life. Graduating from the University of Alberta in 1952, he began his career as a dental officer in Victoria B.C. with HMCS Naden. He joined the Black Watch Regiment in Korea in 1954, and returned to Comox B.C. He flew to Metz, France in 1957 for a two year posting and from there was posted to Baden-Baden, West Germany. Upon his return from abroad, he was to visit the east coast.

He remained in the Halifax area for four years prior to his involvement with the exciting expedition to Easter Island in 1964. On his way back he had a turn at the Walter Reed Army Medical Center, Washington, D.C. for a 14 month course in Basic Sciences and Fixed Prosthondontics. He was then up to "the School" standard, where he was posted from 1966-1969. While there he was appointed Program Director and Chief Instructor for the Czechoslovakian Retraining Program at the University of Western Ontario. He moved to the West coast to take over 11 Dental Unit in 1973. He was named DDPR at the Division from 1978-1979, when he was promoted Colonel and appointed CO of 13 DU.

Col Taylor settled down in Vernon B.C. with his wife Mae. Al and Mae's many friends wish them both a long, healthy and happy retirement, which they richly deserve.

C'est après 34 années de service dévoué que le colonel A.G. Taylor accepte du bgén R.B. Button le cadeau traditionnel pour sa retraite.

Avant de s'établir comme commandant de la 13ième unité dentaire, le col Taylor a connu plusieurs des expériences que comporte la vie d'un dentiste militaire. Après sa graduation de U. d'Alberta en 52, il débute sa carrière d'officier à Victoria C.B. sur le navire NADEN. En 1954 il est affecté au régiment des Blackwatch en Korée, puis il revient à Comox C.B. avant de s'envoler vers la France, en 57, pour deux ans. Il accepte un transfert à Baden-Baden, Allemagne de l'ouest en 58. A son retour d'Europe c'est sur la côte est qu'il se retrouve.

Il demeure à Halifax et ses environs pour quatre ans avant de faire parti d'une expédition unique sur l'île de Pâques en 1964. Sur son chemin de retour, il fait un arrêt au Centre Médical de l'Armée américaine de Walter Reed pour remettre à date ses connaissances des sciences de base et en prothèse fixe. Alors, il est à la hauteur des exigeances de "l'École"! Il y est muté de 66 à 69. De là il est nommé responsable d'un programme d'appoint pour dentistes immigrés de Tchékoslovaquie. En 1973 il est nommé officier-commandant de la 11 ième unité dentaire; de 78 à 79 il travaillera comme DSDPB à la division et de là, complète la boucle lorsqu'il prend la charge de la 13ième.

Le colonel Taylor est maintenant à Vernon C.B. avec sa femme. Nous lui souhaitons de profiter longtemps d'une retraite heureuse et pleine de santé, ce qu'il mérite bien.

We say old soldiers never die but they have to retire one day. This time, CWO Marcel Beauvais is leaving the CF in Sep 82 after 31 years of service.

CWO Beauvais joined the Dental Corps in 1952 while serving in Korea as a driver with the 25 Canadian Field Dental Unit. On his return to Canada he completed his Group 1 Dental Laboratory Technician Course at the RCDC School in Ottawa in 1953. He then served in Ottawa until 1957, attaining the rank of Sgt, before moving to the RCDC School in Borden. After enjoying only 14 years at the school, he left Borden as a MWO for Montreal where he stayed for 3 years before once again being posted to Borden. Four years later, in 1978, he came back to St. Hubert, this time as a CWO where he reached that glorious age of retirement.

On 31 Aug 82 the dental staff in the Montreal area held a farewell party to commemorate his retirement and on that occasion Col V.J. Lanctis, Commanding Officer of 15 Dental Unit, presented Marcel with his retirement gifts and read the messages received from all units of CFDS. Let's hope that his advice on how to get promoted won't be followed by too many.

Your many friends wish you good luck and many years of health and happiness.

Si les vieux soldats ne meurent pas; ils doivent tout de même disparaître un jour! C'est au tour de l'adjuc Marcel Beauvais d'écrire sa dernière page après 31 ans d'histoire avec les FC.

Monsieur Beauvais a joint et servit avec la 25ième unité dentaire de campagne alors qu'il était en Korée comme chauffeur. A son retour au Canada en 1953, il gradue au niveau I du cours de technicien dentaire à l'école du corps dentaire, alors à Ottawa. Il y demeurra jusqu'en 1957, il sera promu sergent et suivra l'école dans son déménagement à la BFC de Borden. Ce n'est que 14 années plus tard qu'il revoit le Québec lors d'un court transfert à Montréal au rang de adjudant-maître. Puis il retourne à la maison-mère! Quatre ans après il reviendra à St-Hubert, cette fois comme adjudant-chef, ou il atteindra l'âge vénérable de la retraite.

Le 31 août 82, les gens de la région de Montréal ont honoré M. Beauvais et à cette occasion le colonel V. Lanctis, C.O. de la 15 UD a présenté divers cadeaux et fait la lecture des messages d'occasion venant des différentes unités du SDFC. Espérons que les conseils de adjuc Beauvais dans le but de recevoir des promotions ne seront pas pris trop sérieusement.

Tes nombreux amis te souhaitent bonne chance et encore plusieurs années de santé et de bonheur.

Major General Georges Kuttas, Assistant Surgeon General for Dental Services and Chief U.S. Army Dental Corps from 1979 to 1982, retires after thirty-one years of service.

His support to CFDS was officially recognized by the presence of BGen J.N. Wright and Mrs Wright at the retirement dinner on the 20th Nov 82. BGen Wright presented General Kuttas with a CFDS plaque from all members of the Dental Services and with a sculpture on behalf of all the Canadian dental officers who had the opportunity to train under the auspices of the US Army Dental Corps.

Major General Kuttas is being replaced by Major General H.T. Chandler.

Le major-général Georges Kuttas, assistant chirurgien-général pour les Services dentaires et le Chef du Corps dentaire de l'Armée américaine de 1979 à 1982 prend sa retraite après trente ans de service.

Le bgén J.N. Wright a souligné cette occasion de façon tout particulière en assistant au souper d'honneur accompagné de son épouse.

Il a alors remis au général Kuttas la plaque du corps dentaire au nom de tous ceux du SDFC et aussi remis une sculpture pour tous les dentistes militaires canadiens qui ont eut la chance de recevoir une formation de spécialiste sous l'auspice américaine.

Le major-général Kuttas est remplacé par le major-général H.T. Chandler.

Dental Corps Reunion

SUBMITTED BY LCOL (RET'D) W.C. WAID, SECRETARY OF THE RCDC ASSOCIATION

An event filled with much reminiscing by former members of the wartime Dental Corps took place May 7th 1982 in Toronto, Ontario, prior to the combined Canadian and Ontario Dental Conventions.

Over a year ago members of the Royal Canadian Dental Corps Association began considering a reunion of the Corps to mark the 35th anniversary of the awarding of the "Royal" designation to the Canadian Dental Corps. Ambitious plans were put into action by the committee, led by our President Major (Ret'd) Charles G. Hunt, who masterminded the whole affair.

Proceedings began with a "Meet and Greet Reception" at the Sheraton Hotel in Toronto, Ontario, Thursday May 6th, 1982, the anniversary of VE Day 1945. Over seventy-five ex-dental servicemen and their spouses had an enjoyable time and participated in a draw for prizes generously donated by various firms. The gathering was addressed briefly by the retiring Director General of Dental Services, BGen William R. Thompson, who was acompanied by his charming wife, Doris

Early next morning a bus load of veterans interested in visiting Camp Borden and CFDSS proceeded up Highway 400, but part way an oil leak developed in the engine. Thanks to radio communication another bus was able to catch up to us by the time we reached highway 89 exit and after a short comfort stop the trip continued. The Corps school now located in the General Wansborough Building was an eye-opener for most of those who had not been to Camp Borden since the war. Colonel Murray Donely, Commandant, and his able staff were most hospitable and gave us group tours and a fine buffet lunch. More nostalgia was created by viewing old wartime pictures in the library and with the opportunity to purchase regimental crests, ties and belts in the same Corps colours as the Canadian Forces Dental Service – "Emerald Green, Gold and Blue, we're the boys who help you chew".

The bus returned from Borden in good time to prepare for another great event, The Mess Dinner at the Downsview, Officers Mess, Canadian Forces Base Toronto. This was put on with the best in military tradition and elegance by the regular force staff and thoroughly enjoyed by all. It was good to see so many serving officers attending this function and keeping the spirit of the Corps alive. Major (Ret'd) C.G. Hunt, President of the Royal Canadian Dental Corps Association was PMC for the dinner and during the proceedings asked for a minute of silence in memory of two former officers who recently passed away. Major (Ret'd) Randy Headley and Lt (Ret'd) Stan Tebbutt. Due to illness and doctors orders, BGen W.R. Thompson was unable to attend.

A distinguished veteran of both world wars, Colonel (Ret'd) William Meldrum was at the head table in his stead.

Not only did the former members participate in this reunion but a program was arranged for the ladies. As well as attending the "Meet & Greet Reception" there was a city bus tour along with a visit to Casa Loma on the Friday and in the evening, while the men attended the Mess Dinner, the ladies were entertained at the Redwoods Dinner/Theatre Party in the Sheraton Hotel. According to the many comments the Buffet Dinner was scrumptious but the play *"What a Way to Go"* was so-so!!

Those who were unable to attend the reunion missed a grand affair.

Compte rendu de la réunion du service dentaire militaire

PAR LE LCOL W.C. WAID, À LA RETRAITE
SECRÉTAIRE DE L'ASSAOCIATION DU CDRC

Une réunion des anciens militaires du Service dentaire militaire de la guerre de 1940, où les langues ont marché bon train, s'est déroulée les 7 et 8 mai 1982 à Toronto (Ontario), juste avant les congrès dentaires du Canada et de l'Ontario.

Il y a environ un an, les membres de l'Association du Corps dentaire royal canadien se sont mis à faire des plans pour organiser une réunion du Corps afin de célébrer le 35e anniversaire de l'addition du qualificatif "Royal" au Corps dentaire canadien. Des projets ambitieux ont été mis en branle par le comité, sous la direction de notre président, le major Charles G. Hunt, le cerveau de toute l'affaire.

Les festivités ont commencé par une réunion amicale à l'hôtel Sheraton de Toronto (Ontario), le jeudi 6 mai 1982 — jour anniversaire de la victoire d'Europe de 1945. Plus de soixante-quinze anciens membres du service dentaire et leurs épouses ont passé une agréable soirée, en même temps qu'ils ont participé à un tirage au sort de surprises offertes par diverses firmes. Le Directeur général — Service dentaire, le bgén William R. Thompson, qui est sur le point de prendre sa retraite, adressa quelques mots à l'assemblée. Il était accompagné de sa charmante épouse, Doris.

Le lendemain matin tôt, un car entier d'anciens combattants, désirant visiter le Camp Borden roulait sur l'autoroute 400, quand, à mi-chemin on s'est aperçu qu'il y avait une fuite d'huile. Mais heureusement, grâce à la radio qu'il y avait à bord, nous avons pu demander qu'on nous envoie un autre autocar, qui nous a rejoint juste comme nous empruntions la sortie 89 de l'autoroute. Après une courte panne, le voyage a pu continuer. L'école du Corps, maintenant située dans l'immeuble Général Wansborough a laissé bouche bée tous ceux qui n'avaient pas revu le Camp Borden depuis la guerre. Le colonel Murray Donely, Commandant, et les membres de son personnel ont été des plus accueillants et nous ont fait visiter l'école en groupes avant de nous offrir un excellent déjeuner. Puis nous avons regardé avec nostalgie de vieilles photos de la guerre à la bibliothèque. Nous avons profité de notre séjour pour acheter écussons, cravates et ceintures aux couleurs de l'actuel Service dentaire des Forces canadiennes. "Emerald Green, Gold and Blue, we're the boys who help you chew".

Le car nous a ramené de Borden à temps pour nous donner le temps de nous préparer pour une autre réjouissance, le dîner régimentaire au mess des officiers, à Downsview, Base des Forces canadiennes Toronto. Toute la pompe et l'élégance militaire déployées par le personnel de la Force régulière ont contribué à l'allégresse de tous. C'était bien agréable de voir tant d'officiers d'active assister à cette fête et l'esprit du Corps toujours aussi vivant. Le major à la retraite C.G. Hunt, Président de l'Association du Corps dentaire royal canadien, agit en qualité de président du mess pendant le dîner au cours duquel il nous a demandé une minute de silence à la mémoire de deux anciens officiers, décédés peu avant, le major Randy Headley et le lt Stan Tebbutt. Le bgén W.R. Thompson n'ayant pu assister au dîner pour cause de maladie et sur les ordres de son médecin, il fut remplacé à la table d'honneur par un distingué ancien combattant des deux guerres mondiales, le col William Meldrum.

Non seulement les anciens militaires ont pris part à cette réunion, mais leurs épouses ont aussi eu la chance d'avoir un programme spécial organisé à leur intention. Elles ont assisté avec leurs époux à la réunion amicale du jeudi soir, et le vendredi on leur offrait une visite guidée de la ville avec un arrêt à la Casa Loma. Le soir, pendant que ces messieurs allaient au dîner régimentaire au Mess, ces dames se retrouvaient dans la salle Redwoods de l'hôtel Sheraton pour un souper-théâtre. D'après les nombreux commentaires le buffet fut absolument délicieux, mais la pièce de théâtre *"What a Way to Go"* laissa à désirer!

Tous ceux qui n'ont pu venir ont raté une réunion remarquable.

Operation Under-Thought

SITUATION

As the sun burst over the horizon on 8 Sep 82, a brand new Barnes Sterilizer slid from the dark deep bowels of a supply truck into the ground floor foyer of CFDSS. This large 1540 lb shiny piece of equipment caused many a treatment DA to stop, stare and smile. But alas, how do we use the sterilizer in this location?

MISSION

To task the CE Section to move this piece of equipment up to the sterilizer room on the second floor.

Many a CE representative was seen in the foyer wearing white hard hats, yellow hard hats and even no hard hats. They came to poke, prod or just to stare at this magnificent piece of shiny stainless steel. Their comments included: "move it up where?", you're kidding!" or "no sweat!". Sometime during these many examinations and visits the weight of the sterilizer mysteriously increased from 1500 lbs to 15,000 lbs. CE Section was stumped! "The second floor will not hold that much weight"; "we will have to hire a super-duper crane"; and even, "we have no money", were some of their comments.

After many phone calls and an altimatum to move it or suffer the fiery wrath of DGDS, they quickly realized the weight was only 1540 lbs not 15,000 lbs and operation UNDER-THOUGHT was planned to commence at 0800 hrs, 27 Oct 82.

EXECUTION

Operation Under-Thought is a planned exercise to move a 1540 lb Barnes Sterilizer (Barney) from the front foyer to the second floor sterilizer room. This highly technical task was performed in various stages within three plans of attack. The expertise of many engineering degrees, a platoon of labourers, a leased crane, numerous side walk supervisors, a DND fork lift and copious quantities of various sizes, shapes and lengths of wood were required to complete this task.

PLAN ONE – 27 OCT 82 0800 HRS

Stage one – to remove crated Barney from front foyer to front lawn:

a. build ramp from side walk level to door level
b. drive in fork lift, lift up and extricate Barney to front lawn.

COMPLETED AS PLANNED

Stage two – to remove upstairs windows and slip Barney through opening onto second floor of building:

a. build metal scaffolding on outside of building to enable removal of windows
b. remove windows
c. arrival of rental crane
d. due to overhang of roof, crane cannot place Barney through window
e. move to PLAN TWO

COFFEE BREAK

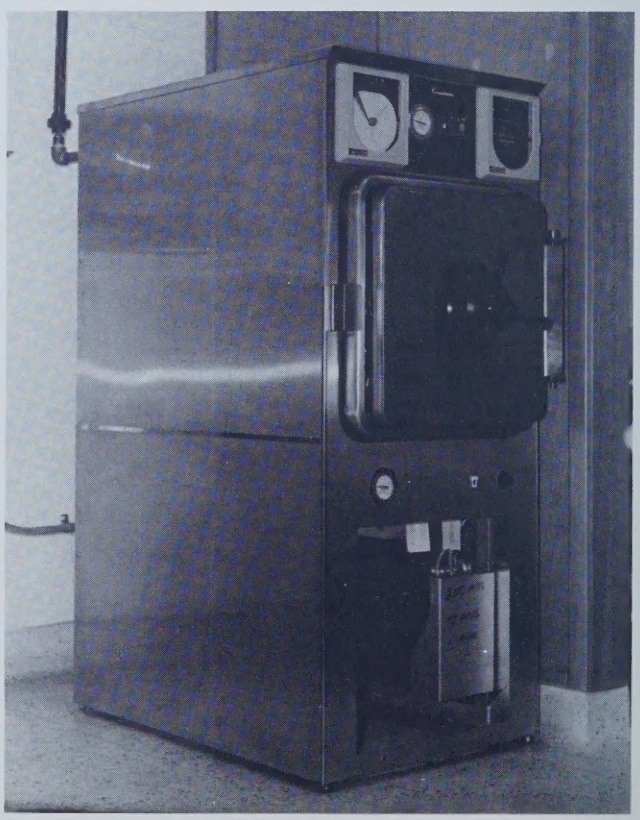
PLAN TWO

Stage One – to lift Barney from front lawn to fire escape landing through west side of second floor fire escape. Push Barney into new wing of building:

a. transport Barney around building to fire escape location
b. cut off railing on west side of fire escape landing
c. raise Barney to fire escape landing
d. crane boom will not fit under roof of fire escape. NO GO.
e. move to PLAN THREE

PLAN THREE

Stage one – once more lift Barney from ground level to



Operation broche à foin

SITUATION

Comme le soleil bondit au-dessus de l'horizon en ce 8 septembre 1982, un nouvel autoclave Barnes sort en glissant des entrailles sombres et ténébreuses d'un camion et se retrouve au rez-chaussée de l'École du Service dentaire des FC. En apercevant cette grosse pièce d'équipement reluisante de 1540 livres, plus d'un membre du personnel du service dentaire s'arrête, surpris et l'examine avec une curiosité amusée. Mais, comment utiliser un stérilisateur ici, en plein dans l'entrée principale?

MISSION

Confier à la section Génie-construction la tâche de transporter cette pièce d'équipement jusqu'à la salle de stérilisation, au deuxième étage.

Que de représentants du Génie-construction arborant casque blanc, casque jaune ou pas de casque du tout a-t-on vu dans les environs. Ils sont venus pour tâter, palper, ou tout simplement pour voir cette splendide pièce d'acier inoxydable reluisant. "Transporter ça en haut?", "sans blague", "pas de problème" a-t-on entendu. À un moment donné, pendant toutes ces discussions, le poids de l'autoclave passa mystérieusement de 1500 livres à 15000 livres. Les membres de la section du Génie-construction sont sidérés. "Jamais, disaient-ils, le plancher du deuxième étage ne pourra supporter un tel poids", "il nous faudra louer une grue superpuissante pour y parvenir, et là encore", "qui va payer".

Après de nombreux coups de téléphone et l'ultimatum de débarrasser l'entrée de l'autoclave ou de subir les foudres du "DGSD", on se rend compte soudain que le monstre ne pèse plus que 1540 livres, et non pas 15000 livres, et il est décidé de lancer l'opération "Broche à foin" à 8 h, le 27 octobre 1982.

EXÉCUTION

L'opération Broche à foin est un exercice planifié ayant pour but le transport d'un autoclave Barnes (Barney) pesant 1540 livres du rez-chaussée à la salle de stérilisation du deuxième. Cette mission techniquement aussi complexe a été menée à bien en plusieurs étapes, suivant trois plans d'approche. Mais il a fallu y mettre le paquet: plusieurs diplomés en génie, un peloton de manoeuvres, une grue en location, les conseils de beaucoup de curieux, un chariot élévateur du MDN et du bois, beaucoup de bois, de toute sorte, forme et longueur.

PLAN UN – 27 OCTOBRE 1982 – 8 H

Étape un – transporter Barney dans sa caisse, du rez-de-chaussée jusque sur le parterre:

a. construire une rampe du trottoir jusqu'à la porte,
b. à l'aide d'un chariot élévateur, soulever et transporter Barney jusqu'à la pelouse.

OPÉRATION TERMINÉE COMME PRÉVU

Étape deux – enlever les fenêtres du deuxième étage et glisser Barney dans l'ouverture:

a. ériger un échafaudage de métal à l'extérieur de l'immeuble pour enlever les fenêtres,
b. enlever les fenêtres,
c. arrivée de la grue en location,
d. à cause de l'avancée du toit, la grue ne peut faire passer Barney par la fenêtre,
e. passer au PLAN DEUX

PAUSE CAFÉ

PLAN DEUX

Étape un – prendre Barney et l'amener du parterre jusque sur le palier de l'escalier de secours, au deuxième étage, côté ouest. Pousser Barney dans la nouvelle aile de l'immeuble:

a. transporter Barney jusqu'à l'escalier de secours,
b. découper la balustrade du côté ouest du palier de l'escalier de secours,
c. soulever Barney jusqu'au palier de l'escalier de secours,
d. le toit de l'escalier de secours n'est pas assez élevé pour la flèche de la grue. IMPOSSIBLE DE CONTINUER.
e. Passer au PLAN TROIS

PLAN TROIS

Étape un – une fois de plus, amener Barney du rez-chaussée jusqu'au palier de l'escalier de secours de deuxième étage, côté est:

a. démonter la balustrade du côté est de l'escalier de secours,
b. soulever Barney avec la grue et le placer sur le palier de l'escalier de secours.
c. EUREKA

Étape deux – soulever Barney au moyen de palettes de façon à la mettre au même niveau que le seuil de la porte:

a. soulever Barney et placer les pallettes en dessous,

second floor fire escape landing through east side of fire escape:

a. cut off railing on east side of fire escape
b. lift Barney with crane and place on fire escape landing
c. EUREKA

Stage Two – raise Barney to same level as door sill by use of pallets:

a. lift Barney and place pallets underneath
b. lower Barney onto pallets
c. Barney breaks through pallets
d. once more raise Barney and reinforce pallets
e. remove fire escape door from frame
f. remove a portion of shipping crate so Barney can squeeze through doorway
g. place plywood sheets on floor
h. push Barney through doorway and place on plywood sheets
j. finished with crane, release operator and crane
k. push Barney through new wing to hallway door

LUNCH

m. remove hallway door from frame
n. squeeze Barney through doorway and down hallway to second doorway
p. repeat para m. and n. pushing Barney onto landing
q. construct rampway down stairs to second floor
r. ease Barney down ramp to second floor landing
s. remove landing door

COFFEE BREAK

t. push Barney through doorway and down second floor to sterilizer room
u. uncrate Barney
v. slide Barney into his new quarters
w. remove four wheeled dolly from underneath Barney

JOB COMPLETED AT 1540 hrs.

ADMINISTRATION

To clean up the area and restore the building and grounds to their prior state:

a. replacement of all doors, windows and railings
b. clean up all pieces of crating
c. pick up all sheets of plywood
d. disassemble ramp on stairs
e. dismantle outside metal scaffolding

COMMAND AND SIGNALS

To report all other non pertinent happenings

Casualties

a. one four wheeled dolly

Comments and Suggestions

a. Do not request a new Barnes Sterilizer. If you must, refer to para one.

Submitted by Sgt RN Orr.

b. descendre Barney sur les pallettes,
c. Barney défonce les pallettes,
d. une fois de plus, soulever Barney, puis renforcer les pallettes,
e. retiter la porte de la sortie de secours de l'encadrement,
f. retirer une partie de la caisse d'emballage de Barney afin de pouvoir le faire passer dans l'encadrement,
g. mettre des feuilles de contre-plaqué sur le plancher,
h. pousser Barney à travers l'ouverture et le déposer sur le contre-plaqué,
j. c'est terminé avec la grue, donner congé à l'opérateur et à la grue,
k. faire traverser la nouvelle aile à Barney jusqu'à la porte du corridor,

DÎNER

m. retirer la porte du corridor de l'encadrement,
n. pousser Barney à travers l'ouverture et le long du corridor jusqu'à la seconde porte,
p. répéter les paragraphes m. et n. et pousser Barney jusque sur le palier,
q. construire une rampe sur l'escalier jusqu'au deuxième étage,
r. faire descendre Barney sur la rampe jusqu'au palier du deuxième étage,
s. retirer la porte sur le palier,

PAUSE CAFÉ

t. pousser Barney à travers l'ouverture jusqu'à la salle de stérilisation,
u. déballer Barney,
v. installer Barney dans ses nouveaux quartiers,
w. retirer le chariot à quatre roues sur lequel Barney était posé,

TRAVAIL TERMINÉ À 15 H 40.

ADMINISTRATION

Nettoyer le secteur et remettre de l'ordre dans l'immeuble à l'extérieur:

a. remettre en place toutes les portes, fenêtres et balustrades,
b. enlever toutes les pièces de la caisse de l'emballage,
c. ramasser toutes les feuilles de contre-plaqué
d. défaire la rampe installée sur l'escalier,
e. démonter l'échafaudage métallique installé à l'extérieur de l'immeuble.

COMMANDEMENT ET COMMUNICATIONS

Signaler tout autre fait pertinent.

Pertes

a. Une chariot à quatre roues

Commentaires et suggestions

a. Ne demandez pas un autre autoclave Barnes. Si la chose devient indispensable, reportez-vous au paragraphe 1.

Présenté par le sergent R.N. Orr

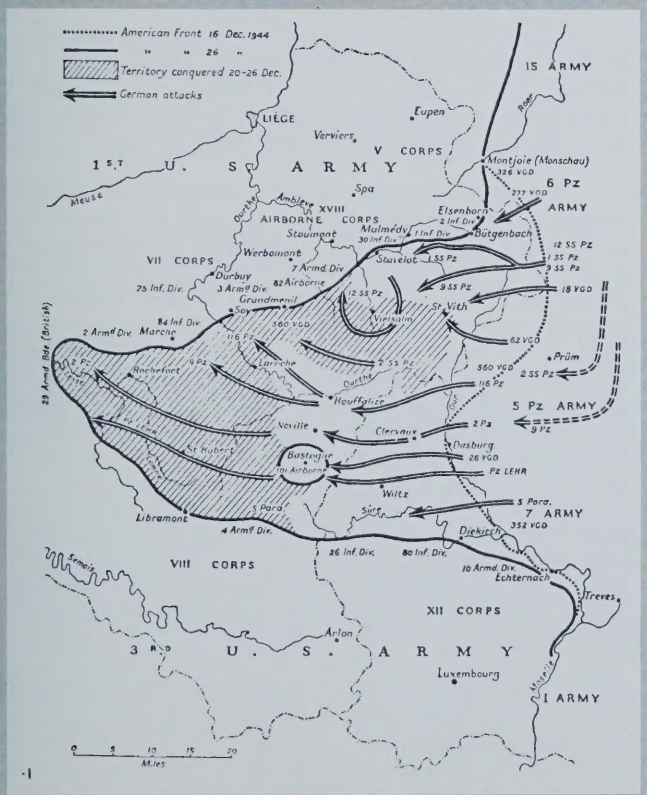
Study of the Ardennes battlefield

Capt T. Harle DDS*

Training within Canadian Forces Europe encompasses a variety of activities from NBCW, first aid and personnel weapons handling to the Brigade Ski School Course and an Intelligence Study Week. In addition the international setting provides the Brigade with the opportunity for some very unique training experiences including the Nijmegen marches in Holland and participation in historic Battlefield Study Programs. The following is an account of a particular program attended by Capt Myers, Capt Harle, MWO Delmage, WO Rector, and Sgt Sushelniski with 4 Field Ambulance in a Battleground review of the Ardennes Offensive 1944.

Much to the disgruntlement of some of our portlier members, this study of the Battle of the Bulge was not a session on how to win a fight with the waistline.

The aim of the course was to familiarize officers and senior NCO's with the principles of land operations and the troop and terrain planning and preparations in the conduct of the Ardennes Offensive.



*Capt Tom Harle is a 1980 graduate of the University of Toronto. He is presently employed in the dental clinic, CFB Lahr CFE.

Étude du champ de bataille des Ardennes

Le capitaine T. Harle DDS*

Dans les Forces canadiennes en Europe, l'instruction comprend toute une gamme d'activités, depuis la guerre NBC, le secourisme et le maniement des armes individuelles, jusqu'au cours de l'école de ski de la Brigade et à la semaine d'étude sur le renseignement. De plus, la proximité de divers pays donne aux membres de la Brigade l'occasion de faire, dans le cadre de leur entraînement, des expériences tout à fait uniques, dont la marche de Nimègue en Hollande et la participation à des programmes d'étude historique sur les champs de bataille. Voici le compte rendu d'un cours qu'ont suivi les capt Myers et Harle, l'adjum Delmage, l'adj Rector, et le sgt Sushelniski, de la 4e Ambulance de campagne, cours dans le cadre duquel on a fait la revue des champs de bataille où s'est déroulée l'offensive des Ardennes en 1944.

Le cours avait pour but de familiariser les officiers et sous-officiers supérieurs avec les principes des opérations terrestres, touchant ainsi les plans, les préparatifs des troupes et l'étude du terrain dans la conduite de l'offensive des Ardennes.

Trois jours de cours magistraux récapitulèrent les opérations alliées dans le nord-ouest de l'Europe, entre le 6 juin 1944 (Jour-J) et le 16 décembre 1944 (début de l'offensive des Ardennes). On a expliqué comment les Allemands avaient planifié et exécuté leur offensive et comment les Américains et les hauts commandements britanniques s'y sont pris pour déjouer ce plan, une fois qu'ils se furent rendus à l'évidence d'une attaque allemande.

L'offensive des Ardennes est le nom donné à la poussée massive dans les Ardennes, qu'ont tentées les forces allemandes au cours de l'hiver de 1944, en vue de faire une perçée jusqu'à Anvers, en Belgique, ville que tenaient les Alliés.

Le 16 décembre 1944, le feld-maréchal von Rundstedt lance la contre-offensive des Ardennes, se frayant un passage dans le nord du Luxembourg pour entrer en Belgique, malgré l'opposition du 12e Groupe d'armées américain.

Au récit des batailles isolées qui ont suivi, nous allions d'étonnement en étonnement devant la façon dont les soldats alliés ont mené des centaines de petits combats défensifs pour graduellement ralentir, dérouter, disperser et finalement anéantir les forces allemandes assaillantes. La défense de la ville de Bastogne, en Belgique, a servi d'exemple pour illustrer cette défensive acharnée et victorieuse.

*Le capitaine Tom Harle est gradué de l'université de Toronto en 1980. Il est présentement à la clinique dentaire de Lahr en Europe.

Three one-day classroom sessions were attended to review Allied operations in Northwest Europe from 6 June 1944 (D-Day) until the 16 December 1944 (the beginning of the Ardennes Offensive). The study described how the Germans planned and executed their offensive and how the American and British High Commands set out to defeat this plan once the reality of a German offence was accepted.

The Ardennes Offensive was the name given for the full scale enemy thrust through the Ardennes in the winter of 1944, with the objective of a sweeping break through to Allied held Antwerp, Belgium. The end purpose was to cut off this northern supply port and to negotiate an armistice rather than face an unconditional surrender sought by the Allied forces.

The Battle of the Bulge opened on 16 December, 1944 under Field Marshal von Rundstedt, sweeping across the northern half of Luxemburg and into Belgium against the U.S. 12th Army Group.

As the individual battles that followed were recounted to us we were continually impressed at the manner in which the Allied soldiers fought a myriad of small defensive battles until the German attack was slowed, diverted, dissipated and finally spent. The defense of the city of Bastogne, Belgium was studied as a symbol of this obstinate and successful defense.

So, well briefed and aboard our CF bus, the Battlefield Study was off to the combat sites.

Monument to Americans who died during the Ardennes Offensive, located at the Third US Army Cemetary, Luxembourg.

Monument aux soldats américains morts lors de l'offensive des Ardennes, situé au cimetière de la 3ième Armée des E.U., Luxembourg.

The first evening was set aside to allow the group to visit first hand the former site of Lt-General Hodges' First Army Headquarters, set up in the casino at the resort town of Spa, Belgium. Most members left some money behind in memoriam.

The second day began with a visit to a privately owned war museum in La Gleize, Belgium. This museum, "December 1944", owned and operated by Mr. Gerald Gregoire, holds numerous Allied and German equipment displays and contains considerable information concerning the battle fought in that area. Our visit was concluded with a presentation of a film and slide briefing by this local historian.

From here our tour took us to the site of the Malmedy Massacre. This memorial is dedicated to an ill-fated convoy from the American 285th Field Artillery Battalion who, taken as prisoners, were rounded up, marched into a field and shot by machine gun and pistol fire. At least 86 Americans were massacred here. This battlefield atrocity was featured in the Nuremberg War Crimes Trials as an outstanding example of Nazi contempt for the accepted rules of war, representing organized and directed murder of Prisoners of War.

Our afternoon travels then took us to the Bastogne Historical Centre, home of the "NUTS" museum, as it has come to be known, in reference to General MacCauley's famous response to a German request for his surrender of the town. In addition to the museum the building houses an impressive amphitheatre production reconstructing the changing defense strategies of the battle.

The itinerary followed with a visit to the German military cemetary at Recogne-Bastogne. The burial site is situated in the middle of the open Belgique countryside which the Germans fought so bitterly to take from the U.S. armoured and infantry units in the winter of 1944.

The sombre layout and architecture of the German cemetary was contrasted the next day with our visit to the 3rd U.S. Army Cemetary in Luxemburg. The Americans honour their dead with powerful memorials that seek to glorify the achievements and sacrifices of those who died for peace and freedom.

The cemetary's 5,076 buried are laid among two cascading fountains, low curving stone walls and a central monument with chapel. The pylons on either side of the front terrace carry a map illustrating in granite the operations which took place in the immediate region.

The plots are arranged without distinction to rank, religion, race or place of origin. One exception was made in the case of General Patton who is placed at the head of his troops because of the large number of persons wishing to visit his grave.

Overall this year's Battlefield Study trip was well received as being both a professionally and personally rewarding experience.

The members of 35 FDU who attended were indebted to Maj Dallow for his indepth efforts in researching and presenting this accurate and historical account.

Ensuite, les élèves, bien armés du bagage voulu de connaissances, prenaient un autobus des FC afin d'aller poursuivre l'étude des champs de bataille sur les lieux mêmes des combats historiques.

La première soirée avait été réservée à la visite de l'ancien quartier général de la 1ere Armée américaine, dirigée par le lieutenant-général Hodge, qui avait été aménagé dans le casino de la station thermale de Spa en Belgique. La plupart des membres du groupe y ont laissé un tribut monétaire.

Le lendemain, le groupe commença par visiter un musée de guerre privé à la Gleize, en Belgique. On trouve au musée "Décembre 1944", dont M. Gérald Grégoire est le propriétaire et le conservateur, de nombreuses pièces d'équipement ayant appartenues aux Alliés et aux Allemands, des expositions diverses et des renseignements innombrables sur la bataille qui a été livrée dans la région. À la fin de la visite, M. Grégoire nous a présenté un film et commenté des dispositives.

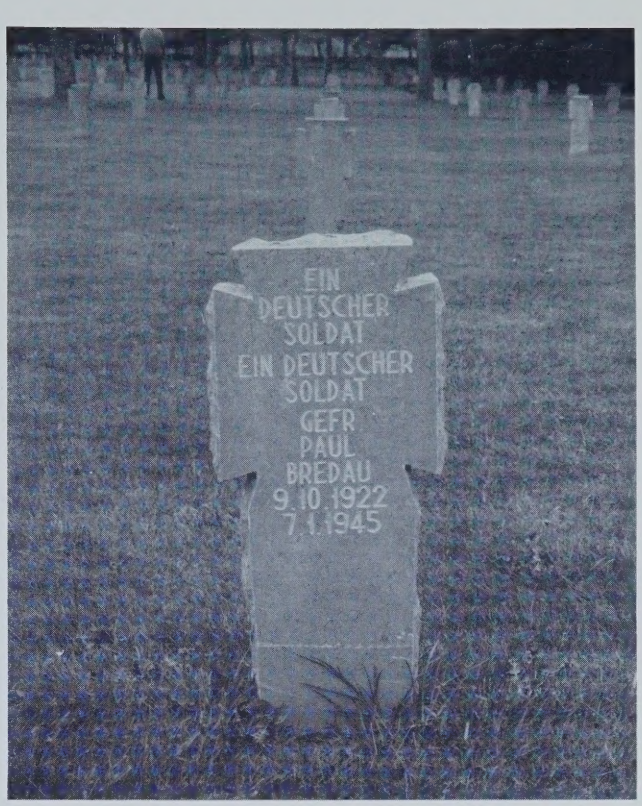
De là, notre visite nous a conduits sur les lieux historiques du massacre de Malmédy. Il s'y élève un monument dédié aux membres infortunés d'un convoi du 285e Bataillon d'artillerie américain qui, après avoir été faits prisonniers et rassemblés, ont été conduits dans un champ et abattus à la mitrailleuse et au pistolet. Au moins 86 Américains ont été massacrés à Malmédy. Cette atrocité a été mentionnée au cours du procès de Nuremberg sur les crimes de guerre, à titre d'exemple marquant du mépris des règles de guerre convenues par les Nazis qui ordonnaient et organisaient l'assassinat des prisonniers de guerre.

L'après-midi, nous nous sommes rendus au Centre historique de Bastogne, où se trouve le musée "NUTS", comme on l'appelle communément pour rappeler la réponse illustre du général MacCauley aux Allemands qui lui demandaient de leur livrer la ville. Outre le musée, l'immeuble abrite un imposant amphithéâtre où sont recréées les diverses stratégies défensives utilisées dans la bataille.

La suite de la visite a amené le groupe au cimetière militaire allemand de Recogne-Bastogne. Le cimetière se trouve en pleine rase campagne belge où les Allemands se

3rd US Army Cemetary, Luxembourg

Cimetière de la 3ième Armée américaine, Luxembourg



German Military Cemetary — Recogne, Bastogne, Belguim

Cimetière militaire allemand — Recogne, Bastogne, Belgique.

sont battus avec tant d'acharnement contre des unités blindées et unités d'infanterie américaines, durant l'hiver de 1944.

Par son allure austère et son architecture, le cimetière allemand contrastait vivement avec celui de la 3e Armée américaine, que nous avont visité le lendemain au Luxembourg. En effet, les Américains érigent à la mémoire de leur morts des monuments impressionnants, qui cherchent à vanter les prouesses et sacrifices de ceux qui sont morts pour la paix et la liberté.

Les 5,076 tombes du cimetière sont disposées dans un décor comprenant deux fontaines en cascade, des murets de pierre qui serpentent et un monument central contenant une chapelle. Les piliers qui encadrent la terrasse avant portent une carte où sont sculptées dans le granite des scènes des opérations qui se sont déroulées dans les environs.

L'aménagement des lots ne suit aucun ordre précis, dicté par le grade, la religion, la race ou le lieu d'origine, sauf dans le cas du général Patton, dont la tombe a été placée en avant de celles de ses hommes, à cause du grand nombre de visiteurs qui veulent la voir.

Dans l'ensemble, le voyage d'étude des champs de bataille de cette année a été qualifié d'expérience enrichissante, du point de vue tant professionnel que personnel.

Les membres de la 35ième UDC qui ont suivi le cours sont tous redevables au major Dallow d'avoir bien documenté ses recherches et présenté un compte rendu historique précis.

The Nuts Story

(Addendum de l'éditeur, la version française n'était pas disponible lors de la mise sous presse)

At 11.30 AM on December 22, four Germans, a major, a captain and two enlisted men, came up the road to Bastogne from Remoifosse carrying a large white flag. They were met on the road by T/Sgt Oswald Y. Butler and S/Sgt Carl E. Dickinson of Company F, 327th Glider Infantry, and Pfc Ernest D. Premetz of the 327th Medical Detachment.

Premetz could speak German. The captain could speak English. He said to Butler, "We are parlementaires".

The men took the Germans to the house where Lieutenant Leslie E. Smith of Weapons Platoon, Company F, 327th Infantry, had his command post. Leaving the two German enlisted men at the command post, Smith blindfolded the two officers and led them over the hill to the command post of Capt James F. Adams, commanding officer of Company F. Adams called 2nd Battalion headquarters in Marvie, Battalion called regiment in Bastogne, and the 327th Headquarters called the 101st Division, relaying the word that some Germans had come in with surrender terms. The rumour quickly spread around the front that the enemy had had enough and that a party had arrived to arrange a surrender. Many of the American defenders crawled out of their cover.

Major Alvin Jones took the terms to General McAuliffe and Lieutenant-Colonel Ned D. Moore who was acting Chief of Staff. The paper called for the surrender of the Bastogne garrison and threatened complete destruction otherwise. It appealed to the "well known American humanity" to save the people of Bastogne from further suffering. The Americans were to have two hours in which to consider. The two enemy officers would have to be released by 2 PM but another hour would pass before the Germans would resume their attack.

Colonel Harper, commanding the 327th, went with Jones to Division Headquarters. The two German officers were left with Captain Adams. Members of the staff were grouped around General McAuliffe when Harper and Jones arrived. McAuliffe asked someone what the paper contained and was told that it requested a surrender.

He laughed and said, "Aw, nuts!" It really seemed funny to him at the time. He figured he was giving the Germans "one hell of a beating" and that all of his men knew it. The demand was all out of line with the existing situation.

But McAuliffe realized that some kind of reply had to be made and he sat down to think it over. Pencil in hand, he sat there pondering for a few minutes and then he remarked, "Well, I don't know what to tell them." He asked the staff what they thought and Colonel Kinnard, his G-3 replied, "That first remark of yours would be hard to beat."

General McAuliffe didn't understand immediately what Kinnard was referring to. Kinnard reminded him, "You said "Nuts"!" That drew applause all around. All members of the staff agreed with much enthusiasm and because of their approval McAuliffe decided to send that message back to the Germans.

Then he called Colonel Harper in and asked him how he would reply to the message. Harper thought for a minute but before he could compose anything General McAuliffe gave him the paper on which he had written his one-word reply and asked "Will you see that it's delivered?" "I will deliver it myself," answered Harper. "It will be a lot of fun." McAuliffe told him not to go into the German lines.

Colonel Harper returned to the command post of Company F. The two Germans were standing in the wood blindfolded and under guard Harper said, "I have the American commander's reply". The German captain asked, "Is it written or verbal?" "It is written", said Harper. The German captain translated the message. The major then asked, "Is the reply negative or affirmative? If it is the latter I will negotiate further."

All this time the Germans were acting in an upstage and patronizing manner. Colonel Harper was beginning to lose his temper. He said, "The reply is decidedly not affirmative". Then he added, "If you continue this foolish attack your losses will be tremendous". The major nodded his head.

Harper put the two officers in the jeep and took them back to the main road where the German privates were waiting with the white flag. He then removed the blindfold and said to them, speaking through the German captain, "If you don't understand what "Nuts" means, in plain English it is the same as "Go to hell". And I will tell you something else – if you continue to attack we will kill every goddamn German that tries to break into this city". The German major and captain saluted very stiffly. The captain said, "We will kill many Americans. This is war". It was then 1:50 PM. "On your way, Bud," said Colonel Harper, "and good luck to you". The four Germans walked on down the road. Harper returned to the house, regretting that his tongue had slipped and that he had wished them good luck.

The importance of statistics and studies in the CFDS

COLONEL (RET'D) D.H. PROTHEROE; DFC, CD, DDS, MPH, FICD

One subject that is certain to arise at any Dental Unit or Base Dental Officers' Conference is the need for the detailed reporting of work done and productivity analysis carried out in the CFDS. It is reasoned that other branches of the Canadian Forces do not report their activities in such detail, so why is it necessary for the CFDS to do so. The purpose of this paper is to explain why it is necessary.

Although certainly not a new phenomenon, this questioning of our reporting and analysis procedures may have been reinforced recently by the increase in recording and administrative time imposed by the Timing Study on Dental Clinical Procedures, the Dental Condition Study, trials for the new CF545, Return of Dental Treatment and the Timing Study on Dental **Laboratory Procedures.**

In view of this situation, it seems appropriate at this time to explain the need for these statistics and studies and show how they are used as a management tool in the CFDS to develop the most effective dental care programs for the CF personnel.

This article will deal mainly with the use of the information from reports, returns and studies at the Division of Dental Services. Their use at unit and detachment levels is similar but on smaller scale.

In order to understand the use of this information at the Division, it is necessary to understand the role and functions of the Division. Its primary function is to develop, direct, coordinate, evaluate and revise dental care programs for the Canadian Forces based on dental requirements and the resources available to meet these requirements. In addition, the Division must be able to determine the fiscal requirement for equipment, supplies and accommodation, as well as that most important resource, dental personnel. The importance of these activities cannot be over-stated; the CFDS simply could not function without them. BGen Wright as Director General of Dental Services can only carry out these functions if his

L'importance des statistiques et des études compilées au SDFC

Colonel (à la retraite) D.H. Protheroe, DFC, CD, DDS, MPH, DICD

Le besoin d'effectuer des analyses de productivité et des rapports détaillés sur les travaux accomplis au SDFC ressort plus souvent qu'autrement à l'occasion des conférences réunissant les membres de toute unité dentaire ou encore les dentistes militaires d'une base donnée. Mais pourquoi importe-t-il donc tant au SDFC de faire un rapport aussi détaillé de ses activités tandis que d'autres services des Forces canadiennes n'y accordent pas autant de minutie? C'est ce que nous tenterons d'expliquer dans le présent article.

Ce n'est pas d'hier que l'on s'interroge sur l'efficacité des méthodes d'établissement des rapports et des analyses utilisées par le SDFC. On se pose toutefois plus fréquemment la question depuis la publication de l'étude du temps requis pour le traitement dentaire en clinique et pour les techniques de laboratoire, de l'étude de la condition dentaire dans les Forces canadiennes, de la nouvelle formule CF545 (à l'essai) et de la formule de rapport sur le traitement dentaire et il faut, par conséquent, consacrer beaucoup plus de temps à la rédaction de ces documents.

À la lumière de ce qui précède, il semble opportun à ce stade d'expliquer à quoi servent ces études et statistiques et comment le SDFC utilise ces données à des fins de gestion pour mettre au point, à l'intention des membres des Forces canadiennes, les programmes de soins dentaires les plus efficaces.

Vous trouverez dans les paragraphes qui suivent des renseignements sur l'utilisation que fait la Division du Service dentaire des données extraites de rapports, de relevés et d'études. Il faut noter que les unités et détachements s'en servent à moins grande échelle mais à des fins semblables.

Pour bien compendre l'utilité de ces renseignements pour la Direction générale, il importe de connaître son rôle et ses fonctions. La Direction générale doit d'abord et avant tout mettre au point, diriger, coordonner, évaluer et modifier au besoin les programmes de soins dentaires destinés aux Forces canadiennes en fonction des besoins et des ressources disponibles. Elle doit en outre déterminer les fonds requis pour acheter l'équipement et le matériel nécessaires, pour louer les locaux et pour retenir les services de l'élément le plus important: le personnel. On ne peut surestimer l'importance de ces activités indispensables pour le SDFC.

En sa qualité de chef de Direction générale, le DGSD ne peut s'acquitter de ses fonctions que si son personnel

staff has up-to date information on the dental condition and dental care needs of CF personnel as well as a knowledge of the amount and type of work being performed.

Perhaps an analogy is the best way to describe how DGDS carries out his role. All CFDS members are familiar with the step by step procedure that is followed in providing dental care for the individual patient. The first step is to conduct a thorough clinical examination; a diagnosis is then made and a treatment plan developed; this is followed by the actual treatment and then the cycle is completed when the patient is recalled after a period of time for re-examination.

DGDS uses a similar procedure in providing dental care for his "patient" which is the Canadian Forces as a whole. His "patient" is much more complicated in that he must consider the varying need of commands and units, distribution of personnel and differing roles, age distribution, availability for treatment, etc.

Thus an analogy can be drawn as shown below:

Do-Individual Patient	DGDS-CF Personnel
1. Clinical Examination	1. Examination of Patient Commitment
2. Diagnosis	2. Analysis
3. Treatment Planning	3. Program Planning
4. Treatment	4. Program Operation
5. Recall	5. Evaluation and Redirection

Let us now consider how each of these steps are carried out by DGDS and his staff.

a. **Examination of the Patient Commitment.**

The methods used for examining the patient commitment include:

(1) Periodic dental condition studies to establish condition, requirements and a baseline for future evaluation;
(2) Periodic timing studies to determine average times required to perform work; and
(3) Reports and returns from dental units and detachments to determine the amount and type of work performed and patterns of practice.

b. **Analysis**

When the examination of the patient commitment has been completed the information obtained is analysed and the following estimates made:

(1) The number and types of dental officers and dental auxiliaries required to meet the needs of the patient commitment;
(2) The distribution of dental personnel;
(3) The accommodation requirements;
(4) The equipment requirements;
(5) The supply requirements;
(6) The financial requirements;
(7) The field requirements; and
(8) The training requirements.

c. **Program Plan**

Having carried out the analysis and estimated the resources required to meet the total need of the patient commitment, it will invariably be found that there is a shortfall in resources. Thus, it is necessary to compromise and develop dental care programs based on the resources that can be obtained and the treatment priorities dictated by the military role of the patient commitment.

d. **Program Operations**

This step involves implementing, directing, monitoring and adjusting the program through liaison and the analysis of preventive, treatment and laboratory returns.

e. **Evaluation and Redirection**

This step involves periodic evaluation of the program by relating to the baseline established in the dental condition study and redirecting the program as indicated.

Other Uses of Studies and Statistics

Dental Statistics gathered from reports, returns and studies are used at the Division of Dental Services for more than developing and implementing dental care programs.

Every branch of the Canadian Forces as well as other federal government departments is required to report semi-annually on their performance as part of the Performance Measurement Program. The CFDS is fortunate to have the information from reports and returns from the field to support this program. Many other branches have difficulty meeting this requirement because of lack of information or even more important, the inability to determine what information should be collected.

dispose de renseignements à jour sur la condition dentaire et sur les besoins en soins dentaires des membres des Forces canadiennes et qu'il connaît l'ampleur et le type des traitements dispensés.

Essayons plutôt de tracer un parallèle entre les rôles respectifs du DGSD et du SDFC. Tous les membres de ce dernier service connaissent les différentes étapes du traitement dentaire dispensé à un patient donné, à savoir l'examen, le diagnostic, le choix des soins nécessaires, le traitement proprement dit et enfin, après une période déterminée, le rappel.

Le DGSD procède en quelque sorte de la même façon avec son "malade", en l'occurrence les Forces canadiennes. Le cas de son "malade" est beaucoup plus complexe en ce sens que la Direction générale doit tenir compte des différents besoins des commandements et unités, de la répartition des effectifs, des rôles distincts, de la répartition par âge, de la disponibilité des militaires aux fins de traitement, etc.

Traçons donc le tableau suivant:

Dent mil - Le malade	**DGSD - Forces canadiennes**
1. Examen	1. Examen des besoins du service
2. Diagnostic	2. Analyse
3. Choix du traitement	3. Planification du programme
4. Traitement	4. Mise en vigueur du programme
5. Rappel	5. Évaluation et réorientation

Voyons maintenant comment le DGSD et son personnel accomplissent chacune des étapes susmentionnées.

a. **Examen de la charge de travail**

Figurent parmi les méthodes d'examen de la charge de travail:

(1) les études périodiques sur la condition dentaire des personnes intéressées qui permettent de brosser un tableau de la condition générale et des besoins et de poser les jalons en vue d'une évaluation ultérieure;
(2) les études périodiques du temps requis afin de déterminer le temps moyen requis pour chaque traitement;
(3) les rapports et les relevés provenant d'unités et de détachements dentaire qui permettent de déterminer la quantité et le type de travail effectué et d'établir une tendance dans les soins dispensés.

b. **Analyse**

Une fois terminé l'examen de la charge de travail, les renseignements obtenus sont analysés et servent à l'établissement des estimations suivantes:

(1) le nombre de dentistes militaires et d'auxiliaires dentaires nécessaires pour répondre aux besoins du service;
(2) la répartition du personnel chargé des soins dentaires;
(3) les besoins en locaux;
(4) les besoins en équipement;
(5) les besoins en matériel;
(6) les fonds nécessaires;
(7) les besoins des utilisateurs; et
(8) les besoins en formation.

c. **Planification du programme**

Une fois terminées l'analyse et l'estimation des ressources nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins du service, on constate presque immanquablement que les besoins excédent les ressources. Il faut alors aboutir à un compromis et élaborer des programmes de soins dentaires en fonction des ressources disponibles et de l'ordre de priorité établi par le rôle militaire du service.

d. **Fonctionnement du programme**

Il s'agit ici de mettre en oeuvre, de diriger, d'observer et de modifier au besoin le programme en établissant des rapports de liaison et en procédant à l'analyse des traitements préventifs et des relevés de laboratoires.

e. **Évaluation et réorientation**

Cette étape vise l'évaluation périodique du programme en fonction de la ligne directrice établie dans le cadre de l'étude de la condition dentaire dans les Forces canadiennes et, au besoin, de la réorientation du programme.

Diverses utilisations des études et des statistiques

La Direction générale du Service dentaire utilise les statistiques obtenues des rapports, des relevés et des études effectués à des fins autres que l'élaboration et la mise en vigueur de programmes de soins dentaires.

Les services des Forces canadiennes tout comme d'autres ministères fédéraux doivent présenter deux fois par année des rapports d'évaluation de leur rendement aux termes des modalités du Programme de cotation du rendement. Le SDFC s'estime chanceux d'avoir à sa disposition les renseignements extraits des rapports et des relevés provenant des régions et lui permettant de prendre part à ce Programme. Bon nombre d'autres services ne disposant pas de tous les renseignements ou, pis encore, ne pouvant déterminer les données requises, éprouvent certaines difficultés à répondre aux exigences du Programme.

Il import de savoir dans quelle mesure les soins dentaires dispenés en fonction des traitements nécessaires sont efficaces. Notons par exemple, que la maladie péridentaire est une affection endémique au sein des FC. Pourtant, nos rapports et relevés révèlent qu'en 1981, moins de 4 p. cent du temps réservé aux soins dentaires a été accordé au traitement de cette affection. Il faut, de

The type of dentistry performed and its relation to known treatment needs is important. For example, it is known that periodontal disease is endemic in CF personnel, yet our reports and returns show that less than 4 percent of treatment time was spent treating this condition in 1981. It is obvious that this needs to change, but without returns of treatment we would be unaware of this situation.

Although the quality of dentistry performed is of great importance we must also know the amount of work done. When this is translated into dollar values it is potent substantiation for requests for financial and other resources. The only way we can obtain this information is through returns of dental treatment and laboratory services.

The preventive dentistry program (PDP) was implemented on 1 April 1968. Everyone agrees that it has been a tremendous success. The level of dentally-fit personnel in the Canadian Forces has risen from 22% in 1968 to 84% in 1983. This is a remarkable achievement,

but we would not be aware of it if we had not prepared the quarterly preventive dentistry returns.

Even though the PDP has been an outstanding program, there is evidence that certain changes are indicated. The Dental Condition Study will enable DGDS to decide what changes are necessary.

Conclusion

In conclusion it is important to consider some of our past achievements that could not have been accomplished without using statistics and studies for substantiation:

a. Increase in establishment of dental hygienists.
b. Introduction of the expanded duty dental hygienists.
c. Introduction of dental specialists.
d. Preventive Dentistry Program.
e. New equipment and supplies.
f. Increase in establishment of dental assistants.
g. Introduction of porcelain fused to gold service.

An attempt has been made to show why the CFDS needs the information contained in reports and returns and gained from studies. They are absolutely essential to providing an effective dental service and the cooperation of all CFDS personnel is solicited in preparing accurate reports and returns.

toute évidence, que cela change, mais sans les relevés de traitement, il aurait été impossible de connaître ces paramètres.

Bien que la qualité des soins dentaires dispensés soit de grande importance, il nous faut également connaître l'étendu du travail effectué. Ces données traduites en dollars servent à étayer les demandes de fonds et de ressources variées. Ce n'est que par la présentation de relevés sur le traitement dentaire et sur les services de laboratoire offerts que nous pouvons obtenir ces renseignements.

On procédait le 1er avril 1968, à la mise en oeuvre du Programme de prévention dentaire (PPD), lequel a remporté un succès immense. En 1982, en tout 82 p. cent des effectifs des Forces canadiennes jouissait d'une très grande réussite dont nous n'aurions pu connaître l'ampleur sans les données fournies dans les relevés trimestriels sur la prévention dentaire.

Bien que les réalisations du PPD aient été remarquables, il nous faut également connaître l'étendue du travail effectué. Ces données traduites en dollars servent à étayer les demandes de ressources variées. Ce n'est que par la présentation de relevés sur le traitement dentaire et sur les services de laboratoire offerts que nous pouvons obtenir ces renseignements.

On procédait le 1er avril 1968, à la mise en oeuvre du Programme de prévention dentaire (PPD), lequel a remporté un succès immense. En 1982, en tout 82 p. cent des effectifs des Forces canadiennes jouissait d'une saine dentition par rapport à 22 p. cent in 1968. Il s'agit là d'une très grande réussite dont nous n'aurions pu connaître l'ampleur sans les données fournies dans les relevés trimestriels sur la prévention dentaire.

Bien que les réalisations du PPD aient été remarquables, il demeure que certaines modifications doivent y être apportées. L'étude sur la condition dentaire permettra au DGSD de prendre les mesures qui s'imposent.

Conclusion

Il serait opportun en guise de conclusion de passer en revue certains des hauts faits réalisées par le SDFC et qu'il aurait été impossible d'accomplir sans avoir eu recours aux statistiques et aux études.

a. Augmentation du nombre d'hygiénistes dentaires.
b. Création de postes d'hygiénistes dentaires à fonctions élargies.
c. Emploi de spécialistes en art dentaire.
d. Mise en oeuvre du Programme de prévention dentaire.
e. Achat d'équipement et de matériel.
f. Augmentation du nombre d'auxiliaires de clinique dentaire.
g. Utilisation de porcelaine sur or.

Nous avons voulu tout au long des lignes précédentes démontrer dans quelle mesure les renseignements fournis dans les rapports, les relevés et les études effectués sont utiles au SDFC. Ces renseignements sont essentiels à la bonne marche du Service dentaire et nous saurions gré au personnel du SDFC d'accorder à la rédaction de ces documents la plus grande minutie.

Local anesthetic Complications

Les complications de l'anesthésie locale

*CAPT LARTER DDS**

Capitaine Larter, DDS*

As members of the CFDS team, we are involved in the delivery of dental treatment to a large number of patients daily. The majority of these patients can be described as being relatively healthy, in that they are generally free of serious systemic illness and chronic, debilitating diseases. For these reasons, one may succumb to complacency in the administration of local anesthetic, so it should serve us well to briefly review the complications attributable to local anesthetic.

An anesthetic complication may be described as any deviation from the normal or expected result before, during or after the achievement of regional analgesia. The group of complications to be discussed in this article result from the absorption of the solution and are described under the headings: Toxicity, Idiosyncracy, Allergy and Anaphylactoid Reactions.

TOXICITY

Toxic overdose or toxicity is a term referring to the symptoms resulting from excessive administration of a drug. A sufficient amount of the drug, in this case a local anesthetic, must be present in the bloodstream to affect the central nervous, respiratory or the circulatory system. This required concentration necessary to produce the symptoms of toxicity differs among individuals, and, may differ in the same individual from day to day. Generally, the level necessary to produce a toxic overdose is related to the following factors:

a. patient's general physical condition;
b. patient's emotional status at the time of injection;
c. rate of anesthetic injection;
d. the percentage strength of the drug; and
e. operatory temperature.

In order to elevate the blood level to a point affecting sensitive organs, an imbalance may exist whereby the agent is absorbed into the intravascular fluid or plasma at a rate greater than that at which it is hydrolyzed, detoxified or eliminated. In the case of ester group anesthetics, a toxic overdose may result from an absence of plasma pseudocholinesterases whereas toxicity from a member of the guide amide group may result from liver microenzyme dysfunction.

En tant que membres de l'équipe des SDFC, notre tâche consiste à fournir chaque jour des soins dentaires à un grand nombre de sujets. La plupart de ces sujets sont en assez bonne santé, c'est-à-dire que de manière générale ils ne souffrent pas de maladie systèmique grave ou de maladie chronique ou débilitante. Il y a donc un danger que nous en venions à pécher par excès de confiance lors de l'administration des anesthésiques locaux; c'est pourquoi un bref rappel des complications que peut entraîner l'anesthésie locale ne peut que nous être utile.

On appelle complication anesthésique tout écart par rapport au résultat normal ou attendu; que les manifestations surviennent immédiatement ou quelque temps après l'administration de l'anesthésique local. Les différentes complications dont nous discuterons dans le présent article sont provoquées par l'absorption de la solution anesthésique et sont décrites sous les différentes rubriques suivantes: intoxication, idiosyncrasie, allergie et réactions anaphylactoïdes.

INTOXICATION

Le surdosage toxique ou l'intoxication sont des termes employés pour décrire les symptômes produits par l'administration d'une dose excessive d'un médicament en cause (l'anesthésique local, dans le cas présent) doit être présente dans le sang pour pouvoir agir sur le SNC, l'appareil respiratoire ou l'appareil circulatoire. La concentration nécessaire pour produire des symptômes d'intoxication diffère d'un sujet à l'autre et même d'un jour à l'autre chez un même sujet. De manière générale, la concentration nécessaire pour produire une intoxication dpend des facteurs suivants:

a. l'état général du sujet,
b. l'état émotif du sujet au moment de l'injection,
c. la vitesse à laquelle le médicament est injecté,
d. la concentration du médicament,
e. la température à laquelle l'intervention est pratiquée.

Le médicament peut atteindre dans le sang une concentration suffisante pour agir sur des organes sensibles, s'il existe un déséquilibre qui fait que l'agent est absorbé par le liquide intravasculaire, ou plasma, à un rythme supérieur à celui auquel se produit l'hydrolyse, la détoxi-

Capt Larter is a 1975 Graduate of the University of Manitoba. He has served at CFB Kingston Hospital 1975-1977 and now serves in the capacity of BDENTO at CFB Portage la Praire.

Le Capitaine Larter est un diplômé de l'Université du Manitoba, classe de 1975. Il a servi à l'hôpital de la BFC Kingston de 1975 à 1977; il est actuellement Dent C à la BFC Portage la Prairie.

Generally speaking though, a blood level high enough to cause symptoms of toxic overdose may come about from one or more of the following:

a. too large a dose of local anesthetic;
b. abnormally slow detoxification;
c. abnormally slow elimination; and
d. unusually rapid absorption of the agent in a highly vascular area or direct intravenous injection.

Usually the first symptoms of a toxic overdose resulting from the administration of an ester-linked anesthetic are those of CNS stimulation. The patient becomes talkative, apprehensive, and excited in addition to having an increased pulse and blood pressure. These are all symptoms of CNS stimulation and are usually followed by a proportionate degree of CNS depression characterized by depression, bradycardia, a drop in blood pressure or respiratory impairment.

However, Nylocaine, Carbocaine and Citanest of the Amide group generally manifest initial overdose symptoms of CNS depression. The patient may become lethargic and drowsy and may in some instances fall asleep.

Thus with such an array of symptoms resulting from a toxic overdose it is mandatory that a patient be observed at all times after an injection by some member of the dental team trained to recognize abnormality in patient appearance and behavior. It is truly inexcusable for all staff members to abandon a patient following the administration of a local anesthetic since the sooner the complication is recognized and treated, the more certain will be the chances of a favorable result.

In the majority of patients, the manifestations of toxic overdose are immediate, mild and transitory. In such cases, the dental officer should terminate the injection, obtain a clear airway and supply oxygen to the patient in the supine position to allow detoxification. However, if the degree of CNS stimulation appears to warrant treatment, an intravenous barbiturate such as Nembutal(R) may be slowly administered. The dose should not exceed 100 mg. because it may add to any secondary depression. If convulsions follow the injection, authorities suggest treatment with such drugs as: 10-15 mg Diazepam i.v., 50-100 mg Nembutal(R) i.v. or 20-40 mg Succinylcholine C1 i.v. only if positive ventilation is maintained. The patient's cardiovascular status should also be closely monitored at all times and if deemed necessary intravenous 5% dextrose in water initiated. The introduction of a vasopressor, 0.2-0.5 ml of 1/1000 epinephrine, or 15-30 mg Wyamine(R) to the i.v. support may also be necessary to increase the blood pressure and increase the cardiac rate.

However, the signs and symptoms of local anesthetic toxicity may on occasion occur so rapidly that it may be all but impossible to treat them successfully. This point tends to emphasize the importance of prevention. Certain fundamental points should be stressed to aid in the prevention of a toxic overdose and are as follows:

a. an adequate patient history is of the utmost importance;
b. a vasoconstrictor should be employed with the local anesthetic if not contraindicated;
c. the least possible volume should be slowly injected;
d. always aspirate before injecting; and
e. the weakest concentration compatible with successful analgesia should be employed.

IDIOSYNCRASY

The word Idiosyncrasy when applied to describe a local anesthetic reaction is at best an illusive term. However, any reaction to a drug that cannot be classified as truly toxic or allergic in nature is often labelled "idiosyncrotic". There is little doubt, as expressed by many authorities, that the patient's emotional status may cause an array of unusual symptoms that are not related to the pharmacology of the drug.

It is difficult to describe a treatment regime for this complication since it depends entirely on the patient's symptoms. The clearance and maintenance of an airway with adequate oxygenation of the patient is of course mandatory. The evaluation of the cardiac and circulatory systems is to follow and support if necessary.

Again the prevention of such a complication is important. This can be carried out by eliciting a thorough medical history and local anesthetic history. Psychotherapy when indicated is also of value for it may reduce the part emotional factors play in these reactions.

ALLERGY

It is estimated that approximately 1% of all local anesthetic reactions are truly allergic in nature. Of these, the majority have occurred with the use of esterlink anesthetics such as procaine.

The allergic response involves an antigen-antibody type of reaction whereby the patient must have had that specific drug or one of similar chemical structure in the past that acted as a sensitizing dose. Presently it is believed that the antigen, often containing a protein, causes the production of antibodies by the reticulo-endothelial system. Usually these circulating antibodies neutralize or destroy the antigenic substance. In a small number of instances, this destruction does not take place; consequently the antigen unites with the antibody causing the release of histamine or a histamine-like substance.

When released, this histamine or histamine-like substance produces several characteristic signs and symptoms:

a. capillaries of the affected area become more permeable thus allowing an extravasation of plasma producing urticaria or angioneurotic edema;
b. spasm of bronchial smooth muscle producing an asthma-like condition; and,
c. vasodilation of arterial microcirculation permitting pooling of blood in the affected area.

Treatment of an anesthetic allergy is again tailored to the severity of the reaction manifested by the patient. If the reaction is extremely mild, no treatment may be

cation ou l'élimination. Dans le cas des anesthésiques du genre ester, l'intoxication peut être causée par l'absence de pseudocholinestérases sériques alors que l'intoxication produite par un anesthésique du genre amide peut être causée par une dysfonction d'un microenzyme hépatique.

En général, cependant, une concentration sérique assez élevée pour produire des symptômes d'intoxication peut être attribuable à l'une ou à plusieurs des causes suivantes:

a. une dose trop forte d'anesthésique local,
b. un processus de détoxication anormalement lent,
c. une élimination anormalement lente,
d. l'absorption anormalement rapide de l'agent dans une région très vascularisée ou par voie intraveineuse.

Généralement, les premiers symptômes d'intoxication produits par l'administration d'un anesthésique comportant un lien ester sont ceux qu'on observe dans les cas de stimulation du système nerveux central. Le patient devient loquace, inquiet et excité; sa tension artérielle s'élève et son pouls s'accélère. Ce sont tous là des symptômes de stimulation du SNC; ils sont généralement suivis d'une dépression proportionnelle du SNC caractérisée par de l'abattement, de la bradycardie, une chute de la tension artérielle ou une insuffisance respiratoire.

Cependant, dans le cas de la Xylocaïne, de la Carbocaïne et du Citanest, qui sont du genre amide, les premiers symptômes de surdosage prennent généralement la forme d'une dépression du SNC. Dans certains cas, le patient devient léthargique et somnolent et peut même s'endormir.

En raison de la diversité des symptômes d'intoxication pouvant survenir après l'injection d'un anesthésique, le patient doit être constamment surveillé par un membre de l'équipe de soins dentaires capable de reconnaître tout changement dans son comportement et de son apparence. Le patient ne doit dans aucun cas être laissé seul après l'administration d'un anesthésique local, car plus les complications sont reconnues et traitées rapidement, plus on a de chances que l'issue soit heureuse.

Chez la majorité des patients, les manifestations de l'intoxication sont immédiates, bénignes et passagères. Dans ces cas, le dentiste doit cesser l'injection de l'anesthésique, s'assurer que les voies aériennes supérieures ne sont pas obstruées et donner de l'oxygène au patient en le maintenant en position couchée pour permettre la détoxication. Cependant, si le degré de stimulation du SNC exige un traitement, on peut administrer un barbiturique, notamment du Nembutal(R), lentement par voie intraveineuse. La dose ne doit cependant pas dépasser 100 mg, sinon elle pourrait accroître toute dépression secondaire qui pourrait se manifester. Si après l'injection, le patient fait des convulsions, les spécialistes suggèrent un traitement à l'aide de médicaments tels que le diazépam, de 10 à 15 mg i.v., le Nembutal(R), de 50 à 100 mg i.v. ou le chlorure de succinylcholine, de 20 à 40 mg i.v. seulement dans les cas où la ventilation en pression positive est maintenue. L'état cardiovasculaire du patient devrait aussi faire l'objet d'une surveillance constante; s'il y a lieu, on installe une perfusion de dextrose à 5 p. 100 dans l'eau. L'addition d'un vasopresseur, en l'occurrence de 0,2 à 0,5 mL d'une solution d'épinéphrine à 1:1 000 ou de 15 à 30 mg de Wyamine(R), à la perfusion peut également s'avérer nécessaire pour élever la tension artérielle et accélérer le rythme cardiaque.

Dans certains cas, les signes et les symptômes d'intoxication causés par un anesthésique local peuvent se produire si rapidement qu'il peut s'avérer presque impossible de les traiter. Voilà pourquoi la prévention est si importante. Afin de prévenir l'intoxication, voici certains points fondamentaux sur lesquels il importe d'insister:

a. il est extrêmement important d'avoir une connaissance adéquate des antécédents personnels du patient,
b. un vasoconstricteur devrait être employé avec l'anesthésique local, à moins qu'il y ait contre-indication,
c. l'injection de l'anesthésique doit se faire le plus lentement possible,
d. il faut toujours aspirer avant d'injecter le médicament,
e. il faut toujours employer la plus faible concentration possible pour réaliser l'analgésie.

IDIOSYNCRASIE

Lorsqu'il s'agit de décrire une réaction à un anesthésique local, le mot idiosyncrasie est, au mieux, un terme vague. Pourtant, toute réaction à un médicament qui ne peut être classée comme une intoxication ou une allergie est souvent placée dans la catégorie des réactions "idiosyncrasiques". Selon un grand nombre d'experts, il n'y a pas de doute que l'état émotif du patient peut provoquer tout un éventail de symptômes qui n'ont aucun lien avec la pharmacologie du médicament.

Il est difficile de décrire le traitement de cette complication car celui-ci dépend entièrement des symptômes que présente le patient. Il faut évidemment rétablir et maintenir la perméabilité des voies aériennes supérieures en lui donnant de l'oxygène. Puis on évalue l'état cardiovasculaire du sujet et on prend, s'il y a lieu, les mesures nécessaires pour entretenir la vie.

Là encore, il est important d'essayer de prévenir une telle complication. Pour ce faire, il faut sommettre le patient à un questionnaire complet sur ses antécédents médicaux et sur ses expériences en matière d'anesthésie locale. Dans certains cas, la psychothérapie peut s'avérer utile en diminuant l'importance du rôle que jouent les facteurs émotifs dans ce genre de réactions.

ALLERGIE

On estime qu'environ l p. 100 des réactions à l'anesthésie locale sont vraiment de nature allergique, et la majorité de celles-ci se produisent lorsqu'on emploie des anesthésiques du genre ester, notamment la procaïne.

La réaction allergique est la réaction d'un anticorps avec un antigène; elle ne se produit que lorsque le patient a déjà reçu, dans sa vie, une dose du même médicament auquel il réagit, ou d'un médicament dont la structure chimique est similaire, dose qui a servi à le sensibiliser. Actuellement, nous croyons que l'antigène, qui contient souvent une protéine, provoque la production d'anticorps

necessary. It should be definitely noted that the patient has experienced such a reaction and the offending anesthetic avoided in the future.

If the symptoms are delayed and include a rash, edema of the angioneurotic type or urticaria, an antihistaminic drug; Benadryl(R) 50 mg. orally every four hours, can be prescribed. It is advisable however, when immediate treatment is not necessary, to consult a medical officer before prescribing any medication.

For immediate treatment of an allergic reation Benadryl in 20-40 mg. dosages could be administered intravenously or intra-muscularly. Epinephrine Hydrochloride (Adrenalin 1/1000(R)) may be administered intramuscularly or subcutaneously in 0.3-0.5 ml dosages to relieve bronchial obstruction.

ANAPHALACTOID REACTION

This life threatening condition can take place during or very shortly after the administration of any local anesthetic. It requires prompt diagnosis and treatment in order to save the patient's life.

It is a severe antigen-antibody reaction which causes the liberation of such chemical mediator substances as histamine, skin sensitizing antibody and serotonin. These substances cause contraction of smooth muscle, dilation and increased permeability of arterioles and capillaries and increased glandular secretions. This in turn results in laryngeal edema, bronchospasm and a vascular collapse. Signs and symptoms of an anaphalactoid reaction include generalized urticaria or edema, a choking sensation, wheezing, cyanosis, an imperceptible pulse and shock.

Treatment for this emergency must be instituted immediately with the patient placed in a supine, headdown position and respiration supported with 100% oxygen. Epinephrine, 0.5-1.0 ml of a 1/1000 solution is administered subcutaneously or intramuscular. This will improve cardiac tone, elevate blood pressure, reduce bronchospasm and relieve edema. Repeating its' administration may be required at a later time.

Administration of 50 mg. Benadryl I.V. will combat the effects of the histamine release and 100 mg. Solucortef I.V. will assist in the recovery of the peripheral vasculature. The establishment and maintenance of an intravenous route in any emergency situation is of great benefit since it may become necessary to repeat the intravenous medication.

Once again, emergency procedure drills involving all members of the clinic staff curtail the loss of precious seconds in the treatment of this life-threatening crisis.

In conclusion, the prevention of such complications involved in the administration of local anesthetics must take precedence over all else. An adequate, updated, medical history is of the utmost importance. All members of the dental team should be familiar in emergency procedures so that an established routine is followed with a minimum of time lost in the event of a complication.

With such procedures, in practise, we can continue to provide the competent, professional delivery of dental treatment that has characterized the CFDS.

REFERENCES

1. *Goodman L.S. and Gilman A; The Pharmacological Basis of Therapeutics. Ed. 5 New York, MacMillan Publishing Co. 1975.*
2. *Ash H.L.; Complications Associated with Office Anesthesia. The Dental Clinics of North America 17: 2, 315, 1973.*
3. *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties. Toronto, Canadian Pharmaceutical Association, 1978.*
4. *Monheim L.M.; Local Anesthesia and Pain Control in Dental Practice St. Louis, The C.V. Mosby Company 1969.*
5. *Accepted Dental Therapeutics, Chicago, American Dental Association 1975.*
6. *Hendler B.H. and Rose L.F.; Common Medical Emergencies: A dilemma in Dental Education. JADA, Vol. 91, 575, 1975.*

par le système réticulo-endothéial. En général, ces anticorps circulants neutralisent ou détruisent la substance antigène. Mais dans un petit nombre de cas, cette destruction ne se produit pas et l'antigène s'unit à l'anticorps pour provoquer la formation d'histamine ou d'une substance qui lui ressemble.

Une fois formée, cette histamine, ou la substance qui lui ressemble, produit plusieurs signes et symptômes caractéristiques:

a. les capillaires de la région touchée deviennent plus perméables et permettent un épanchement de plasma qui produit de l'urticaire ou de l'oedème angioneurotique (oedème de Quincke),
b. un spasme des muscles lisses des bronches produit un état qui ressemble à l'asthme,
c. une vasodilatation artériolaire qui permet la stagnation du sang dans la région touchée.

Le traitement de la réaction allergique à un anesthésique dépend lui aussi de la gravité de cette réaction. Si elle est extrêmement bénigne, aucun traitement n'est nécessaire. Mais on doit prendre note de la réaction et éviter à l'avenir d'administrer l'anesthésique en cause.

Si les symptômes se manifestent à retardement et comportent une éruption, de l'oedème de Quincke ou de l'urticaire, on peut prescrire un antihistaminique, notamment du Benadryl(R), 50 mg par voie buccale, toutes les quatre heures. Lorsque le traitement immédiat n'est pas nécessaire, il est conseillé de consulter un médecin avant de prescrire une médication.

Pour le traitement immédiat d'une réaction allergique, on peut administrer de 20 à 40 mg de Benadryl par voie intraveineuse ou intramusculaire. On peut également donner de 0,3 à 0,5 mL de chiorhydrate d'épinéphrine (Adrenalin 1:1 000(R)) par voie intramusculaire ou sous-cutanée pour réduire l'obstruction bronchique.

RÉACTION ANAPHILACTOÏDE

Cette réaction qui constitue une menace pour la vie du patient peut se produire pendant l'administration de n'importe quel anesthésique local ou peu après. Le diagnostic et le traitement rapides sont indispensables à la survie du sujet.

Il s'agit d'une réaction grave antigène-anticorps qui provoque la libération dans l'organisme de médiateurs chimiques tels que l'histamine, l'anticorps entraînant une épidermoréaction et la sérontine. Ces substances provoquent la contraction des muscles lisses, dilatent les artérioles et les capillaires et en augmentent la perméabilité et accroîssent les sécrétions glandulaires. Il s'ensuit un oedème laryngé, un spasme des bronches et un collapsus vasculaire. Les signes et les symptômes de la réaction anaphilactoïde comprennent l'urticaire ou l'oedème généralisé, une sensation d'étouffement, du wheezing, la cyanose, un pouls imperceptible et un état de choc.

On doit intervenir immédiatement pour traiter cet état en plaçant le malade en position couchée, tête en bas, et lui administrant de l'oxygène pur. Puis on administre de 0,5 à 1,0 mL d'une solution d'épinéphrine à 1:1 000 par voie sous-cutanée ou intramusculaire, ce qui améliore le tonus du coeur, élève la tension artérielle, réduit le spasme des bronches et atténue l'oedème. Il peut être nécessaire de répéter l'injection d'épinéphrine plus tard.

L'administration de 50 mg de Benadryl i.v. combat les effets de l'histamine et l'injection de 100 mg de Solucortef i.v. favorise le rétablissement de la circulation périphérique. Il est très utile, dans tous les cas d'urgence, d'établir et de maintenir une voie d'accès intraveneuse, car il peut être nécessaire de répéter l'administration de certains médicaments par cette voie.

Là encore, des répétitions de la technique d'urgence pour tous les membres du service de soins dentaires permettent d'éviter de perdre de précieuses secondes lorsqu'il se présente une situation où la vie du patient est en danger.

En conclusion, ajoutons qu'il faut avant tout essayer de prévenir les complications qui peuvent accompagner l'administration des anesthésiques locaux. Il est extrêmement important d'obtenir des renseignements adéquats et à jour sur les antécédents médicaux du patient. Tous les membres de l'équipe de soins dentaires doivent bien connaître les techniques d'urgence afin d'être en mesure de les exécuter rapidement sans perdre de temps lorsqu'une complication se présente.

Armés de ces techniques que nous pouvons mettre en pratique, nous pourrons continuer à fournir les soins dentaires compétents et professionnels qui ont toujours caractérisés les Services dentaires des Forces canadiennes.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Goodman L.S. et Gilman A.; The Pharmacological Basis of Therapeutics. Ed. 5 New York, MacMillan Publishing Co. 1975.*
2. *Ash H.L.; Complications Associated with Office Anesthesia. The Dental Clinics of North America 17:2, 315, 1973.*
3. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Toronto, Association pharmaceutique canadienne, 1978.*
4. *Monheim L.M.; Local Anesthesia and pain control in Dental Practice, St. Louis, The C.V. Mosby Company 1969.*
5. *Accepted Dental Therapeutics, Chicago, American Dental Association 1975.*
6. *Hendler B.H. et Rose L.F.; Common Medical Emergencies: A Dilemma in Dental Education. JADA, vol. 91, 575, 1975.*

DENTAL ASSISTING IN A TWO CHAIR CLINIC

*CPL D.W. SADLER D.A.

Working in a two chair clinic takes one into another dimension of CF dentistry. Since the dental officer and the dental assistant are the only two "dental types" on the Station, and since we see everyone both professionally and socially, the CFDS has a high profile. As a result, one is always conscious of the fact that our actions and behaviour, our rapport and our relationships reflect on the CFDS as a whole. I find that such employment naturally encourages me to accentuate my strong points; fate seems to have a way of keeping one on track however, and my counter balancing weaknesses also surface. With regard to the latter I find myself taking stock of them perhaps more so than when I was employed in a larger clinic. One just has to work them out, and to do that you need a first rate Dental Officer and Station support staff.

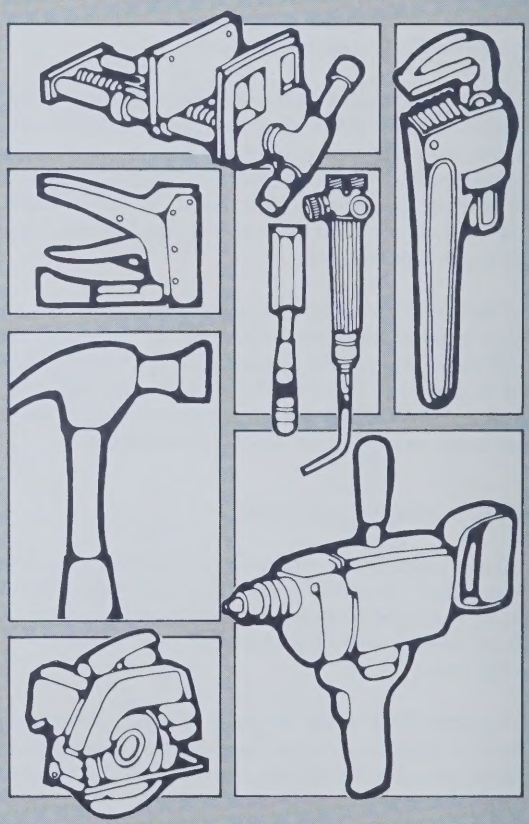
The two chair clinic in an isolated area such as Gander usually means a closer working and social rapport with Station personnel than normally encountered. It's not all wine and roses however; the cost of living is higher than elsewhere; the work load is increased because one is "all singing and all dancing" with the increased responsibilities of administration and supply in addition to the chairside role. Add the PDP and one has a full slate.

I cope with this particular type of work environment by dividing my chair time and my administration time into specific periods of the day. By that I mean, if I book two propylaxis/Phase I for the last hour of the day, it doesn't mean I can go home while the Dental Officer works, it just means that I'm not needed at the chair for an hour, so I then am able to complete my administration tasks for that day, in that time frame. Sometimes it means a wee bit of night work, which may vary from once a month to once a week, especially if you are a beginner.

Working as a team – that's the most important thing of all. If you don't jell as a team, all I've said so far isn't worth "a piece of cheese". There is just no way both members can perform their duties if they are constantly bumping into each other or not pulling together. It all shows up in the end results – the production for the month or year.

*Cpl Sadler joined the CF in August 1972 as an INF 031 (RCR). He remustered to D CLA 722 in November 1979 and upon completion of TQ3B 722 training was posted to 12 Dental Unit Detachment Halifax (Stad). In Aug 1980 he was posted to a Sgt vacancy at 12 Dental Unit Detachment Gander where he was serving at the time of this writing.

Equipment maintenance is performed with a great deal of care and attention because you know there is no DE Tech around the corner to fix every little problem. Because of this you get to know your equipment more intimately and are able to fix some of the basic things that might get out of wack.



Some of the best things to come out of working in a two chair clinic are the gains one makes in trade experience and all round service knowledge. You learn some of the finer aspects of the CF supply system and discover that all those forms and memos you've seen over the years on other people's desks do have a purpose.

The two chair clinic is really just one step in the ladder. I have found that working in this type of clinic, especially if it's your first, can provide you with the confidence and give you the maturity that it takes to operate in a larger organization.

AUXILIAIRE DANS UNE CLINIQUE DENTAIRE À DEUX POSTES OPÉRATOIRE

*CAPORAL SADLER D.W. ASS. DENT.

Travailler dans une clinique à deux postes opératoires nous amène dans une autre dimension de l'art dentaire au sein des FC. Étant donné que le dentiste militaire et l'auxiliaire de clinique dentaire sont les deux seuls praticiens dentaires de la station, et qu'ils rencontrent tout le monde autant sur le plan professionnel que social, le SDFC est très en vue. Nous avons donc conscience que nos actions, nos rapports, et nos relations influent sur l'image de l'ensemble des SDFC. Je considère qu'un tel emploi m'encourage tout naturellement à développer mes points forts; le destin semble toutefois avoir le moyen de nous garder les deux pieds sur terre, car mes faiblesses apparaissent également. En ce qui a trait à ces dernières, je constate que je semble en avoir plus que lorsque j'étais à l'emploi d'une clinique plus importante. Tout ce que je peux faire, c'est de les éliminer, et pour y parvenir, j'ai besoin d'un dentiste militaire et de personnel de soutien de premier ordre.

Pratiquer dans une clinique à deux postes opératoires dans une région isolée telle que Gander permet habituellement de développer des rapports professionnels et sociaux plus étroits avec le personnel de la station. Tout n'est pas rose cependent, car le coût de la vie y est plus élevé qu'ailleurs et la charge de travail de même. En effet, il faut vraiment être homme à tout faire et s'occuper notamment de l'administration et de l'approvisionnement, outre le travail d'auxiliaire proprement dit. Ajoutez-y le PPD et vous avez un programme.

Je fais face à cette situation en divisant le temps que je consacre au travail dentaire et celui que est consacré à l'administration. Par cela je veux dire que si je réserve deux nettoyages pour la dernière heure de la journée, je ne peux pas pour autant m'en retourner à la maison pendant que le dentiste militaire fait son travail; pendant cette heure, je m'occupe donc des tâches administratives de la journée. A l'occasion il faut même travailler un peu le soir, normalement une fois par mois ou, spécialement si vous êtes débutant, une fois par semaine.

Travailler en équipe, voilà le plus important. Si vous ne faites pas partie d'une équipe solide, tout ce que je viens de dire n'est que du vent. Il est absolument impossible à deux militaires de s'acquitter de leurs fonctions s'ils se heurtent constamment ou ne travaillent pas en collaboration. Cela transparaît dans les résultats, plus précisément dans la production mensuelle ou annuelle.

L'entretien du matériel s'effectue avec grand soin et beaucoup d'attention, car vous savez qu'il n'y a pas de détachement aux environs pour s'occuper de chaque petit problème. Vous en venez donc à connaître plus à fond votre matériel et à être en mesure de réparer quelques-uns des éléments de base lorsqu'ils font défaut.

L'un des principaux avantages à travailler dans une clinique à deux postes opératoires est de pouvoir progresser dans son métier et d'accroître ses connaissances sur l'ensemble du service. Vous découvrez alors quelques-unes des subtilités du système d'approvisionnement des FC, notamment l'utilité de toutes ces formules et notes de service que vous voyez depuis de nombreuses années sur les bureaux des autres.

La clinique à deux postes opératoires ne constitue qu'une seule étape de votre carrière. Le fait de travailler dans ce type de clinique, spécialement si vous en êtes à votre première, vous donne la confiance et la maturité nécessaire pour travailler plus tard dans un organisation plus importante.

*Le caporal Sadler s'est joint aux FC en août 1972 en tant que FANT 031 (RCR). Il a été reclassé comme ACD 722 en novembre 1979 et, après avoir achevé le cours QU3B 722, il a été affecté au détachement de Halifax de la 12e Unité dentaire (Stadacona). En août 1980, il a été affecté à un poste vacant de sergent un détachement de Gander de la 12e Unité dentaire. C'est à cet endroit qu'il était affecté au moment où il a rédigé cet article.

Frank Melville Lott
1896-1982
IN MEMORIAM

Dr. Frank Lott of San Luis Obispo, California, died May 15th, 1982. Born and educated in Uxbridge, Ontario, Dr. Lott was a member of the Canadian Army Signal Corps and served in England and France during World War I. Returning to Canada, he graduated from the University of Toronto in 1923 and practised dentistry in Windsor and Detroit until 1939.

Among his Academic honours, Dr. Lott held an LDS, DDS, BSc, MSc and a PhD. His doctoral thesis entitled The Organization of an Army Dental Corps in Time of War brought him to the attention of the Canadian Army Dental Corps. In 1939, he was called to Ottawa to apply his theories to the Corps and was appointed "Chief Dental Officer and Officer Administering the Canadian Dental Corps" with the rank of Lieutenant-Colonel. Subsequently, he was promoted to Colonel, later Brigadier, and appointed Director General of Dental Services. This marked the first time that the Canadian Dental Corps was considered to be an autonomous formation. Following the Second World War, Dr. Lott was invested by King George VI as a Commander in the Order of the British Empire.

From 1946-49, Dr. Lott headed the research department of the Dental Supply Company of New York. In 1949, he was appointed Chairman of the Department and Professor of Prosthetics at the University of Southern California Dental School. He retired from the position in 1965.

Dr. Lott was active in a number of organizations. In 1963, he was named Fellow and President of the Academy of Denture Prosthetics and was Diplomate and President (1967) of the American Board of Prosthondontics.

As an innovative researcher and scientific writer, Dr. Lott was the first to publish a technique which formed the denture base according to the concepts of Wilfred E. Fish (1932). He was also the first to use porcelain as a base for complete dentures in 1937. He contributed much to scientific research through articles in both Canadian and American journals and through lectures and courses.

His wife, Mabel Martin Lott, and his son, Charles, predeceased him. Dr. Lott is survived by his daughter, Jessie Lott Alexander and four grandchildren.

Le Dr. Frank Lott de San Luis Obispo (Californie) est décédé le 15 mai 1982. Originaire de Uxbridge (Ontario) il y fait ses études avant de s'enrôler dans le Corps des transmissions royal canadien au sein duquel il sert en Angleterre et en France pendant la Première Guerre mondiale. De retour au Canada, il termine ses études à l'Université de Toronto en 1923 et pratique la médecine dentaire à Windsor et à Détroit jusqu'en 1939.

Un homme d'une rare érudition, le Dr. Lott possèdait les diplômes suivants: L.D.S., D.D.S. (docteur en chirurgie dentaire), baccalauréat des sciences, maîtrise des sciences et doctorat. Sa thèse de doctorat portant sur l'organisation d'un corps dentaire de l'Armée en temps de guerre (The Organization of an Army Dental Corps in Time of War) suscite l'intérêt des autorités compétentes du Corps dentaire royal canadien qui le convoquent à Ottawa en 1939 afin d'appliquer ses théories au sein du Service dentaire des Forces canadiennes. Pour ce faire, il est promu au grade de lieutenant-colonel et nommé principal dentiste militaire et officier d'administration du Corps dentaire. Le Dr. Lott est ensuite promu aux grades de colonel et de brigadier-général pour enfin accéder au poste de Directeur général – Service dentaire. Cette nomination a créé un précédent au sein des Forces canadiennes puisqu'il s'agit de la première fois que le Corps dentaire est considéré comme une formation autonome. Par suite de la Seconde Guerre mondiale, le roi George VI lui confère le grade de commandeur de l'Ordre de l'Empire britannique.

De 1946 à 1949, le Dr. Lott dirige le service de recherche de la Dental Supply Company de New York, puis est nommé président de la Faculté des études de prosthétique à l'École dentaire de l'Université de Southern California où il détient également le poste de professeur jusqu'en 1965, année où il prend sa retraite.

Au cours de sa carrière, le Dr. Lott participe hardiment aux activités de plusieurs organismes. En 1963, il est nommé membre et président de l'Academy of Denture Prosthetics, ainsi que membre et président (1967) du American Board of Prosthodontics.

Innovateur et écrivain scientifique, le Dr. Lott est le premier à avoir publié une technique ayant permis de former la base des prothèses dentaires en se fondant sur les concepts établis par Wilfrid E. Fish en 1932. En 1937, il est également le premier à se servir de la porcelaine comme base dans la confection des prothèses complètes. Il va sans dire que le Dr. Lott a apporté un apport notable à la recherche scientifique grâce à la publication d'articles dans les journaux américains et canadiens ainsi qu'aux conférences et aux cours qu'il a donnés.

L'épouse du Dr. Lott, Mabel Martin Lott, et son fils Charles, l'ont prédécédé. Sa fille, Jessie Lott Alexander, et ses quatre petits-enfants lui survivent.

Appreciation is extended to all those who have made this publication possible over the past twenty three years.

Merci à tous ceux qui ont dirigé la publication de ce journal pour les vingt-trois dernières années.

Editors/Editeurs

Col GB Shillington, LCol JG Butler, LCol GR Covey, Maj DH Protheroe	1961
Col GB Shillington, LCol DH Hillier, LCol GR Covey	1962
Col AC Leman, LCol DH Hillier, LCol SG Bagnall	1963
Col GR Covey, LCol DH Hillier	1963
Col AC Leman, LCol DH Hillier, LCol SG Bagnal	1964
Col AC Leman, LCol DH Hillier, Maj WH Harrington	1964
Col BP Kearney, LCol G MacDougall, Maj WH Harrington	1965
Col BP Kearney, LCol G MacDougall, Maj JVP Chatwin	1966
Col JW Turner, LCol G MacDougall, Maj JVP Chatwin	1967
Col JW Turner, LCol LA Richardson, Maj JVP Chatwin	1968-71
Col JW Turner, LCol LA Richardson, Maj HS Wood	1971-73
LCol JC Brick, LCol DH Hillier, Maj HS Wood	1973
Col WR Thompson, LCol DH Hillier, Maj HS Wood	1974
Col WR Thompson, LCol DH Hillier, LCol VJ Lanctis, Maj HS Wood	1975
Col JN Wright, LCol VJ Lanctis, LCol JF Begin	1976
Col JN Wright, LCol RA Fortier, LCol JF Begin	1977
Col JM Donely, LCol RA Fortier, LCol H Griesbach	1977-80
Col JM Donely, LCol RA Fortier, Capt DE Fraser	1980-82
Col JN Wright, LCol RA Fortier, Capt DE Fraser	1982
Col JF Begin, LCol CY Ayotte, Maj JW Shore	1982-83